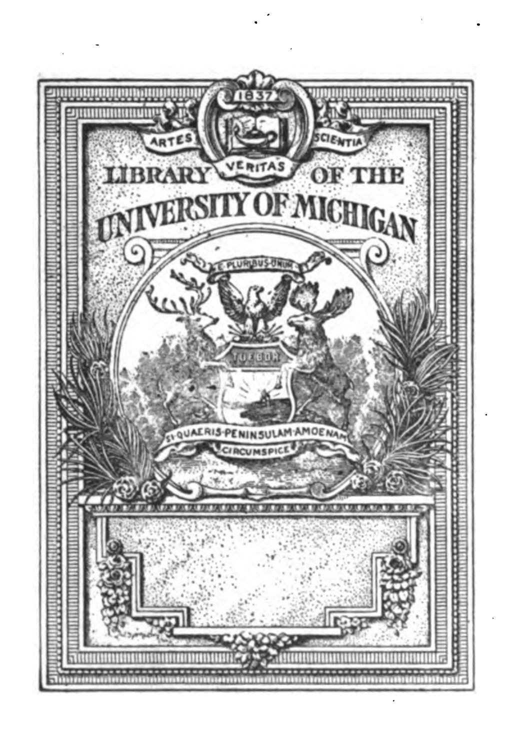

1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Brindel** (Bordeaux), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **Oppikofer** (Basel), **Parmentier** (Brüssel), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON

London.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

(Januar—December 1908.)

Berlin, 1908.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Nekrologe.

VI. Briefkasten.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, Januar. 1908. No. 1.

I. Moritz Schmidt †.

Mit einer Trauerbotschaft haben wir leider den 24. Jahrgang des Centralblatts zu beginnen: am 9. December vorigen Jahres entschlief sanft nach kurzem schweren Leiden unser allverehrter College Moritz Schmidt im Alter von nahezu 70 Jahren. Seit längerer Zeit oft und schwer kränkelnd, hatte er sich doch stets wieder erholt und noch acht Tage vor seinem Tode an einer Jagd theilgenommen. Kurz darauf hatte er einen Schlaganfall; die anfängliche Besserung hielt nicht an, und einige Tage später wurde er uns durch den Tod entrissen.

Moritz Schmidt — oder, um ihm seinen vollen Namen zu geben: Johann Friedrich Moritz Schmidt-Metzler (er hatte den Vatersnamen seiner Gattin, einer Tochter des bekannten Frankfurter Patricierhauses Metzler, dem seinigen hinzugefügt) — war am 15. März 1838 in Frankfurt am Main geboren, hatte in Göttingen, Wien, Berlin, Utrecht, England und Paris studirt, und 1860 mit einer Dissertation „De renum structura quaestiones" promovirt. Der „Frankfurter Zeitung", zufolge der wir diese Details entnehmen, war er von 1862 bis 1886 als practischer Arzt in Frankfurt a/M. thätig und widmete sich dann ausschliesslich dem Gebiet der Krankheiten der Nase, des Halses und der Lunge, bis er sich im Jahre 1903 von der Praxis zurückzog. Wohl seine letzte Operation war die erfolgreiche Entfernung eines Polypen vom Stimmbande Kaiser Wilhelms II. im Jahre 1903. Aber schon 16 Jahre früher hatte ihn das persönliche Vertrauen Kaiser Wilhelms I. zu der Consultation in San Remo berufen, deren Ergebniss die officielle Bestätigung der Thatsache war, dass der damalige Kronprinz Friedrich Wilhelm, der spätere Kaiser Friedrich III., am Kehlkopfkrebs litt. Seither war das Aufsteigen des Verblichenen in der

medicinischen Hierarchie ein stetiges und schnelles. Er wurde 1888 zum Sanitätsrath, 1892 zum Professor, 1896 zum Geheimen Sanitätsrath, 1899 zum Geheimen Medicinalrath und Ehrenmitglied des Frankfurter Instituts für experimentelle Therapie, 1903 — nach seiner erfolgreichen Operation beim Kaiser — zum Wirklichen Geheimen Rath mit dem Prädikat „Excellenz" ernannt. Ausserdem erhielt er den Preussischen Rothen Adlerorden und den Kronenorden zweiter Klasse mit dem Stern. Er war Ehren- und correspondirendes Mitglied zahlreicher wissenschaftlicher, namentlich laryngologischer Gesellschaften.

Die Laryngologie hat Moritz Schmidt durch eine Reihe von Originalarbeiten bereichert. Namentlich widmete er sich mit dauernder Vorliebe dem Studium der Kehlkopftuberculose und war unter den ersten, die energisch die Heilbarkeit dieses traurigen Leidens betonten. Sein magnum opus aber war sein „aus der Praxis für die Praxis" geschriebenes Lehrbuch: „Die Krankheiten der oberen Luftwege", dessen erste Auflage im December 1893 erschien und welches im Verlauf von 10 Jahren drei Auflagen erlebte. Was ich über dies treffliche, durch und durch originelle Werk zu sagen hatte, habe ich in diesem Centralblatt gelegentlich des Erscheinens der verschiedenen Auflagen zu wiederholten Malen gethan. Aber noch einmal möchte ich bei dieser traurigen Gelegenheit betonen, wie es Zeugniss ablegt von der kräftigen Eigenart seines Verfassers, von der Sicherheit, mit der er bei neidloser Anerkennung der Leistungen Anderer seine durch reichste eigene Erfahrungen gewonnenen Ueberzeugungen vorträgt, von der Bereitwilligkeit, mit der er neuere Anschauungen aufnahm, von dem unermüdlichen Fleisse, mit dem er dem Fortschritt der Wissenschaft folgte, von der beneidenswerthen Hoffnungsfreudigkeit, die sein therapeutischer Wirken durchzog, von der warmen Menschenliebe, die seine ganze ärztliche Thätigkeit beseelte.

Moritz Schmidt war ein guter Mensch, eine durch und durch vornehme Natur, eine liebenswürdige Persönlichkeit, ein treuer standhafter Freund. Er erfreute sich allgemeinster Liebe, Hochachtung und Verehrung, im Kreise seiner Collegen ebenso wie in dem seiner Mitbürger. Als er sich nach 40jähriger Thätigkeit von der Praxis zurückzog, widmete er seine Arbeitskraft wissenschaftlichen und wohlthätigen Institutionen seiner Vaterstadt, während seine Erholung bis zum Ende seiner Tage das von ihm überaus geliebte edle Waidwerk bildete. Mit der Laryngologie blieb er als Vorsitzender der deutschen Laryngologischen Gesellschaft in enger Verbindung und erhielt ihr, wie ich aus meinem langjährigen Briefwechsel mit ihm weiss, dauernd sein lebhaftestes Interesse.

An seinem Sarge trauern mit seiner Wittwe, die mit ihm in langjähriger überaus glücklicher Ehe verbunden war, zahllose Freunde. Feinde hat Moritz Schmidt wohl nie gehabt. Von der allgemeinen Verehrung und Liebe, die er genoss, legte sein Leichenbegängniss das beste Zeugniss ab. Der Kaiser, der sich ebenso wie die Kaiserin im Verlauf der letzten Krankheit wiederholt telegraphisch nach dem Befinden des von ihm hochgeschätzten Mannes erkundigt hatte, spendete einen Kranz und liess sich persönlich durch einer seiner Flügeladjutanten bei der Beerdigung vertreten. Der Oberbürgermeister von Frankfurt widmete einen Kranz dem „echten, treuen und unvergesslichen Sohn dieser Stadt, der stets bereit war,

die Noth zu lindern, der den wissenschaftlichen Anstalten Frankfurts die Wege vorzeichnete und ebnen half.“ Die Universität Giessen, die Administration der Senckenbergischen Stiftung, für die Schmidt Grossartiges geleistet hatte, die Frankfurter gelehrten Gesellschaften, der Congress für innere Medicin, religiöse Genossenschaften, zahlreiche laryngologische Gesellschaften — sie alle waren vertreten und einig im Preise des dahingegangenen grossen Gelehrten und Menschenfreundes.

Als besonders characteristisch möchten wir am Schlusse noch die Mittheilung festhalten, dass der Verblichene angeordnet hatte, dass nach seinem Tode seine Lungen secirt werden sollten, „um eventuell Anhaltspunkte darüber zu gewinnen, ob der stete Verkehr mit Lungen- und Halskranken auf den Organismus des behandelnden Arztes von Einfluss sei.“ Bei der Section zeigten sich die Lungen vollkommen gesund und intact.

In seiner äusseren Erscheinung repräsentirte Moritz Schmidt den Typus eines höheren Beamten. Ueberaus stattlich, kerzengerade aufgerichtet, das freundliche bebrillte Gesicht von einem kurzen graumelirten Vollbart umrahmt, mit leiser Stimme sprechend, sehr ruhig, Fernstehenden etwas reservirt erscheinend, war er eine „Excellenz“, wie man sie sich vorstellt. Aber hinter dieser zurückhaltenden äusseren Form barg sich eine Seele von reinster Herzensgüte, eine selten warme Menschenliebe, ein unermüdlich treuer Diener seiner Wissenschaft, — ich kann nur wiederholen: ein guter Mensch! —

Sein Andenken wird unvergessen bleiben. —

Felix Semon.

Verzeichniss der Arbeiten Moritz Schmidt's.

1. Dissertation: De renum structura quaestiones. 1860.
2. Die Kehlkopfschwindsucht und ihre Behandlung. 1880.
3. Ueber die Heilbarkeit und Therapie der Larynxphthise (gemeinsam mit Th. Heryng und H. Krause). 1887.
4. Ueber Tracheotomie bei Kehlkopfschwindsucht. Deutsche medicinische Wochenschr. 1886. No. 49.
5. Wirkungen des Koch'schen Heilverfahrens bei tuberculösen Erkrankungen des Kehlkopfes. Berl. klin. Wochenschr. 1891. No. 18.
6. Die primäre acute Phlegmone des Pharynx. Verhandlungen des X. intern. Congresses. Berlin 1889.
7. Ueber Schlitzung der Mandeln. Therap. Monatsschr. 1889. No. 10.
8. Die seitlichen Divertikel des Nasenrachenraumes. Arch. f. Laryng. 1893. I. 1.
9. Zur Diagnose und Behandlung der Erkrankungen des Antr. Highmori. Berl. klin. Wochenschr. 1888. No. 50.
10. Ueber das Ansaugen der Nasenflügel. Deutsche medicin. Wochenschr. 1892. No. 4.

11. Ueber die Behandlung der Verbiegungen und Auswüchse der Nasenscheidewand mittels Electrolyse. XII. Congr. für innere Medicin. 1893. Berl. klin. Wochenschr. 1893. No. 19; Deutsche med. Wochenschrift. 1893. No. 17.

12. Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Unregelmässigkeit der Nasenscheidewand mittels der electrisch getriebenen Sägen. 1896. Bd. V.

13. Ueber die Nachbehandlung nach Operation der verbogenen Nasenscheidewand. Münch. med. Wochenschr. 1898. No. 28.

14. Diagnose des Kehlkopfcarcinoms. Verhandlung. d. internat. Congresses. Paris 1900.

15. Ueber die Behandlung des parenchymatösen Kropfes. Deutsche med. Wochenschr. 1884. No. VIII.

16. Ueber frühzeitige Diagnose und Behandlung der Aortenaneurysmen. 1899.

17. Die Beziehungen der Laryngologie zur Gesammtmedicin. Festrede bei der Versammlung süddeutsch. Laryngol. 2. VI. 03.

18. Krankheiten der oberen Luftwege. 1894, 1897, 1903.

19. Zahlreiche casuistische Mittheilungen in den Verhandlungen der Naturforscherversammlungen, internationaler Congresse, Congresse für innere Medicin etc.

II. Adalbert von Tobold †.

Nur kurze Zeit ist es Adalbert von Tobold, wohl dem Senior der Laryngologen der Welt, vergönnt gewesen, die Feier seines 80. Geburtstages zu überleben. Am 22. December 1907 ist er nach kurzem Leiden sanft entschlafen.

v. Tobold, geboren am 22. November 1827, gehörte zu den ersten Pionieren der Laryngologie. Nachdem er sich ursprünglich zum Chirurgen ausgebildet hatte — er war Assistent B. v. Langenbeck's gewesen —, widmete er sich der neuen Wissenschaft sofort nach ihrer Entstehung und war Jahre lang neben dem verstorbenen Waldenburg der bekannteste Kehlkopfarzt Berlins. In seine erste laryngoskopische Zeit fallen verschiedene casuistische Mittheilungen und die Construction zahlreicher Instrumente und Beleuchtungsapparate. Er besass eine Sammlung selbstgefertigter vorzüglicher plastischer Nachbildungen von krankhaften Zuständen des Kehlkopfs. Aus seinem Hauptwerk, dem „Lehrbuch der Laryngoskopie und Kehlkopfkrankheiten“, hat die Mehrzahl der älteren Fachgenossen reiche Anregung und Belehrung geschöpft. Später erlaubte ihm wohl seine ausgebreitete Praxis wenig Zeit zur wissenschaftlichen Thätigkeit. Im Jahre 1887 war er unter den Aerzten, die im Beginn der Krankheit des damaligen Deutschen Kronprinzen consultirt wurden. Er sprach sich mit Bestimmtheit für den krebsigen Charakter des Leidens aus. — Seitdem ist er wenig in die Oeffentlichkeit getreten. — Er war Geheimer Medicinalrath, Professor und Ritter zahlreicher hoher Orden. — Dem liebenswürdigen Manne bleibt ein Gedächtniss unter den Vorkämpfern der Laryngologie gesichert.

Felix Semon.

III. Die laryngo-rhinologische Litteratur des Jahres 1906.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	60	172	101	31	112	23	42	541
Deutschland	41	113	58	9	84	8	10	323
Grossbritannien und Colonien	13	59	51	7	75	8	13	226
Frankreich	10	55	47	10	42	12	12	188
Ungarn	4	39	18	3	40	1	1	106
Oesterreich	3	25	20	2	37	2	3	92
Belgien	4	28	14	5	21	3	2	77
Italien	4	10	18	2	20	4	3	61
Holland	3	19	12	4	18	2	2	60
Spanien	3	12	13	—	16	—	2	46
Russland	3	14	7	1	14	—	3	42
Skandinavien	4	12	5	1	12	1	2	37
Polen	3	10	5	3	7	1	1	30
Schweiz	1	3	2	3	5	2	—	16
Zusammen	156	571	371	81	503	67	96	1845

Die statistische Zusammenstellung giebt zu besonderen Bemerkungen keine Veranlassung. Es ist eine kleine Zunahme der Arbeiten zu constatiren.

IV. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **A. A. Coolidge jr.** und **H. A. Barnes. Neue Fortschritte in der Laryngologie. (Recent progress in Laryngology.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 2. Mai 1907.*

Es wird besprochen: Aetiologie der Septumverbiegungen, die Skiagraphie als Hilfsmittel bei Diagnose und Behandlung der Nebenhöhlenerkrankungen, die Bakteriologie des Pharynx, die malignen Larynxerkrankungen; Aetiologie und Pathologie der Sängerknötchen, die Gastroscopie mittelst einer Modifikation der Bronchoskopie, die Gefahren des unvorsichtigen Adrenalingebrauchs.

EMIL MAYER.



2) **Jonathan Wright. Die physischen Processe der Immunität und Infection. (The physical processes of immunity and infection.)** *N. Y. Medical Record. 2. März 1907.*

Verf. ist der Ansicht, dass die meisten pathogenen Organismen durch den Oropharynx und Nasenrachen in den Organismus eindringen; er widmet seine besondere Aufmerksamkeit dem Kampfe zwischen diesen Mikroben und den natürlichen Schutzkräften des Organismus. Unter diesen räumt er eine hervorragende Rolle der Bewegung der Flimmerepithelien, ferner dem von oben nach unten fliessenden Strom seröser Flüssigkeit und der Osmose ein. Verf. wendet sich dagegen, dass man durch excessive Curettage, die Nebenhöhlen des natürlichen Schutzes entblösst, den sie in den Flimmerepithelien besitzen. Er ist auch der Meinung, dass die Nebenhöhleneiterung, die man in mehr als der Hälfte aller Fälle von Pneumonie findet, auf eine Lähmung der Cilien zurückzuführen ist.

LEFFERTS.

3) **Hermann M. Biggs, William H. Park** und **N. B. Potter. Zusammenfassung der Untersuchungen über Opsonine, ausgeführt unter den Auspicien der Commission für die Erforschung der Respirationserkrankungen des New Yorker Gesundheitsdepartements. (A summary of the studies on opsonins carried out under the auspices of the commission for the investigation of respiratory diseases of the New York Board of Health.)** *N. Y. Medical Journal. 15, Juni 1907.*

Die Schwierigkeiten bei der Bestimmung des opsonischen Index bestehen in dem Zählen der Bacillen, ferner in der Schwierigkeit eine Reinkultur von den Mikroorganismen zu erhalten, mit denen der Patient inficirt ist. Die Bestimmung des opsonischen Index alle zwei oder drei Tage ergab irrthümliche Information. Die Variation des normalen opsonischen Index lag in sehr weiten Grenzen. Die Fälle, die am häufigsten durch Behandlung mit Bakterienvaccine beeinflusst wurden, waren solche mit Staphylokokkenabscessen. Fälle von Stirnhöhlen- und Siebbeineiterung wurden zuerst gebessert, später trat jedoch Rückfall ein. Im Ganzen scheint nach Ansicht der Verff. die Behandlung mit Bakterienvaccine nicht im Stande, auf therapeutischem Gebiet revolutionär zu wirken.

LEFFERTS.

4) **Charles G. Kerley. Der fragliche Einfluss sogenannter diathesischer Zustände bei Hals- und Nasenkrankheiten des Kindes. (The questionable influence of so called diathetic conditions in diseases of throat and nose in children.)** *N. Y. Medical Journal. 24. August 1907.*

Die früher vielgenannte „scrophulöse“ und „strumöse“ Diathese sind durch Entdeckung des Tuberkelbacillus aus ihrer Position verdrängt worden. Nach Ansicht des Verf. haben am Zustandekommen adenoider Vegetationen drei Factoren den grössten Antheil: die Gewohnheit des Saugens, der reichliche Zuckergebrauch (?) und die allen Kindern gemeinsame Neigung des lymphatischen Gewebes zur Erkrankung.

LEFFERTS.

5) **H. T. Hollmann. Augen-, Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten bei an Lepra leidenden Personen. (Diseases of the eye, ear, nose and throat among persons afflicted with leprosy.)** *N. Y. Medical Journal. 26. October 1907.*

Lepröse Nasenaffectionen: In 75 pCt. aller behandelten Fälle bestand eine vollkommene Perforation des Septum, in vielen Fällen das völlige Fehlen des knorpligen und knöchernen Septums, ein ähnliches Bild wie bei tertiärer Syphilis.

Lepröse hypertrophische Rhinitis: Die Schleimhaut ist hochgradig hypertrophirt und die Muscheln vergrössert, so dass völliger Verschluss der Nase resultirt. Diese Fälle bluten leicht. Nur in einem der beiden bakteriologisch untersuchten Fälle wurde der Leprabacillus gefunden. Therapie: Eucalyptolspray mit nachfolgender Aristolinsufflation.

Lepröse atrophirende Rhinitis: Die atrophische Rhinitis der Leprösen unterscheidet sich nicht von der gewöhnlichen Rhinitis atrophicans.

Nasale Neurosen: Um das Vorhandensein von lepröser Neurose des N. olfactorius festzustellen, untersuchte Verf. 100 schwere Fälle von Lepra und fand bei 21 völlige Anosmie. Unter 50 leichten Fällen fand Verf. keinen mit Anosmie.

Antrumerkrankungen: Es bestehen in einigen Fällen entzündliche Processe der Highmorshöhle. Verf. führt dies auf eine Periostitis des Alveolarfortsatzes zurück, die veranlasst sein soll durch die bei den Leprösen sehr häufigen Zahnaffektionen.

Tonsillen: Verf. hat bei den Leprösen eine eigenthümliche Tonsillenerkrankung constatirt. Sie beginnt gewöhnlich mit der Bildung von kleinen, gelblich-weissen Lepraknoten in der Tonsillarsubstanz der Tonsillen, die sich dann entzünden und leicht geschwollen werden. Diese Vergrösserung nimmt zu und eine fibröse Veränderung greift in der leprösen Tonsille Platz. In weit vorgeschrittenen Fällen constatirt man also stark vergrösserte mit Lepraknoten durchsetzte Tonsillen.

Pharynx: Fast bei allen untersuchten Patienten fand sich eine Hyperästhesie bei Berührung. Unter 100 schwer Erkrankten konnten 8 süss von sauer oder bitter nicht unterscheiden, 10 hatten nicht die Empfindung von heiss und kalt im Munde. Lepra des Pharynx beginnt in der Form kleiner Knötchen, die eine entzündliche Reaction in den umgebenden Geweben hervorrufen mit nachträglichem Zerfall und mehr oder minder ausgesprochener Ulceration. Oft machen diese Ulcerationen Perforationen des weichen Gaumens.

Larynx: Unter den ältesten diagnostischen Zeichen der Lepra figuriren Heiserkeit und Stimmverlust. Die Lepraaffection wird gewöhnlich von Nase und Rachen fortgeleitet oder sie kann auch als Complication einer vorgeschrittenen Lepra ohne Befallensein des Pharynx auftreten. Man findet Hyperämie der Schleimhaut an den Aryknorpeln und aryepiglottischen Falten, die frühzeitig mit kleinen gelb-weissen Lepraknoten durchsetzt werden, die dann zerfallen. Die Epiglottis verliert ihre Beweglichkeit und die Taschenbänder werden geschwollen und verdecken die wahren Stimmbänder. In einigen Fällen wurden lepröse Ulcerationen der Epiglottis selbst constatirt. In manchen anderen Fällen findet man kleine Knötchen im Arytänoidalraum und an beiden Stimm- und Taschenlippen.

In der Mehrzahl der Fälle besteht Hyperästhesie des Kehlkopfs. Die Behandlung bestand in Eucalyptolspray nebst Einblasung von Orthoform, in anderen Fällen von Localapplication von 5 proc. Protargollösung.

LEFFERTS.

6) **Theodore W. Schaefer. Die Verunreinigung der Luft in unseren Städten durch Schwefeldioxyd als Ursache von Respirationserkrankungen. (The contamination of the air of our cities with sulphur dioxide the cause of respiratory disease.)** *N. Y. Medical Record. 10. August 1907.*

Verf. hält die Verunreinigung der Luft mit Schwefeldioxyd für eine der wichtigsten Ursachen für Asthma; die Aufmerksamkeit der Hygieniker sei noch zu wenig auf diesen Punkt gerichtet.

LEFFERTS.

7) **T. D. Crothers. Einige Wirkungen von Alkohol und Giften auf die oberen Luftwege. (Some effects of spirit and drug taking on tho upper air passages.)** *N. Y. Medical Record. 8. Juni 1907.*

Es ist eine Ausnahme, wenn man Personen findet, die an spirituöse Getränke oder Tabak gewöhnt sind und keinen Catarrh der oberen Luftwege haben. Eine sehr gefährliche Drogue ist das Cocain; die Gefässparalyse, die der Anwendung dieses Mittels in der Nase folgt, breitet sich nach unten auf Pharynx und Larynx aus. Gleichfalls sehr schädlich ist der Taback und die schlimmste Form seiner Anwendung ist die Cigarette, weil wegen der unmittelharen Nähe des Mundes alle Verbrennungsprodukte und Gase in directen Contact zur Schleimhaut gelangen. Morphium und Opium haben keinen specifischen directen Einfluss auf die oberen Luftwege, ausser den eines Narkotikums.

LEFFERTS.

8) **Polanski. Die krankhaften Veränderungen in Nase, Rachen und Luftröhre, welche im Laufe der Influenza entstehen. (Zmiany chorobowe oraz powiklania w nosie, gazdrieli i tchawicy przy influenzie.)** *Pam. Tow. Lek. 1907.*

Verf. theilt eigene diesbezügliche Beobachtungen mit, die er im Laufe der im Jahre 1906 in Warschau herrschenden Influenza zu beobachten Gelegenheit hatte, besonders werden vom Verf. die Sinuskrankheiten hervorgehoben, welche bekanntlich meistens Ursache von chronischen Sinuseiterungen sind. Besonders macht er auf die klinische Thatsache aufmerksam, dass der grösste Theil der acuten Sinuserkrankungen spontan heilt und es geschieht dies in diesen Fällen, wo die Ostia (maxillare und nasofrontale) eine breite Verbindung zum Hauptnasengang haben. Was nun die Therapie derartiger Sinusiten anbelangt, so genügt meistens schonende Therapie und höchstens eine totale oder partielle Resection der Mittelnasenmuschel. In chronischen Fällen (am öftesten der Eiterung der Kieferhöhle) muss eine Radikaloperation ausgeführt werden (Verf. zieht die Luc-Cadwell'sche Methode vor). Was den Kehlkopf anbelangt, welcher sehr oft bei der Influenza afficirt wurde, so kommen meistens Chorditen mit sehr charakteristischem Aussehen vor, mit Krustenbildung, welche trockenen Husten und Atemnot hervorrufen. Oefter wurde auch Laryngitis haemorrhagica beobachtet und einige Male Laryngitis submucosa acuta mit Abscessbildung.

A. v. SOKOLOWSKI.

9) **Westenhoeffer** (Berlin). **Ueber den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse von der übertragbaren Genickstarre.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 39 u. 40. 1906.*

Von den ausführlichen Erörterungen über das Thema sei an dieser Stelle erwähnt die Ansicht des Verf., dass in jedem Falle von acuter Genickstarre eine entzündliche Veränderung des Rachens, insbesondere der Rachentonsille besteht, dass diese Entzündung auf die Umgebung (hintere Nasenabschnitte, Nebenhöhlen, Rachenraum, Gaumentonsillen) übergreifen, aber nach kurzer Zeit verschwinden kann, so dass in älteren Fällen nichts mehr davon nachzuweisen ist. Aus dem Rachensecrete, nicht aber immer aus dem Nasensecret, lassen sich in Genickstarrefällen Meningokokken züchten.

Die Frage nach der Entstehung der Meningitis beantwortet Verf. dahin, „dass eine lymphogene Infection, insbesondere den Nervenbahnen entlang nach aufwärts durch von wandernden Leukocyten eingeschlossene Meningokokken nicht ausgeschlossen ist, dass dagegen die hämatogene Infektion der Hirnhäute die wahrscheinlichste ist.“ Eine vergrösserte Rachentonsille bei Kindern, eine grössere persistirende bei Erwachsenen prädisponirt für die Erkrankung.

ALBANUS (ZARNIKO).

10) **von Schrötter** (Wien). **Eine neue Beleuchtungsart von Canälen und Höhlen.** (B. Fränkel (Berlin) zu seinem 70. Geburtstage gewidmet.) *Berliner klin. Wochenschr. No. 47. 1906.*

Das Prinzip der neuen Beleuchtungsart ist die Fortleitung des Lichtes durch einen Glasstab. Ebenso leitet auch die Wand einer Glasröhre das Licht. Der Autor nimmt nun eine Glasröhre von 1—1,3 mm Wandstärke mit oben grösserer, nach unten allmählich abnehmender Dicke, giebt ihrem proximalen Ende eine konische Gestalt und bringt an ihrer oberen Fläche ein ringförmiges Glühlämpchen an. Dadurch erscheint das distale Ende einer selbst 40 cm langen Röhre schön leuchtend.

Zweckmässig wird das Rohr innen abgeblendet, und die Lichtquelle mit einem Metallmantel verdeckt.

Durch die intensive Beleuchtung am Rohrende eignet sich diese Methode besonders für operative Eingriffe und Extraktion von Fremdkörpern. Die Vortheile des Apparates sind leicht ersichtlich.

ALBANUS (ZARNIKO).

b. Nase und Nasenrachenraum.

11) **Reinhard** (Köln). **Ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen den Krankheiten der Nase und des Auges.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 62. 1907.*

Bei einer 71 jährigen Frau wurde eine ausgedehnte Geschwulstbildung des Gesichtes mit Vortreibung des rechten Bulbus, Geschwüre am harten Gaumen, Perforation desselben und Verstopfung der Nase constatirt. Da durch eine Schmierkur wesentliche Besserung erzielt wurde, nahm man Syphilis an. Es trat jedoch später eine Zunahme der Geschwülste ein, die Section ergab, dass es sich um Cylindrom handelte.

SEIFERT.

12) **A. Onodi** (Budapest). **Die Sehstörungen und Erblindung nasalen Ursprungs, bedingt durch Erkrankungen der hinteren Nebenhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 260.*

Ausführlicher Bericht über das gesamte Material, das Verf. durch eine Umfrage bei einzelnen hervorragenden Ophthalmologen, durch das Studium der Literatur und durch seine bekannten eigenen Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Sehstörungen und Erkrankungen der hinteren Nebenhöhlen zusammenbringen konnte.

F. KLEMPERER.

13) **Otto Mayer** (Graz). **Ein Beitrag zur Kenntniss der Sehstörung und Erblindung nasalen Ursprungs.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 31. 1907.*

Im beschriebenen Falle handelt es sich um eine alte Frau, welche seit mehreren Jahren an Symptomen von rechtsseitigen Nebenhöhleneiterungen litt. Im Anschlusse an eine acute Exacerbation trat plötzlich Erblindung rechts, langsame Abnahme der Sehschärfe links ein. Nach Eröffnung der Kiefer- und Keilbeinhöhle rechts, sowie der hinteren Siebbeinzellen besserte sich das Sehvermögen links fast bis zum normalen, rechts bestand wahrscheinlich schon Atrophie des Opticus. Ursächlich kommt für die Sehstörung in diesem Falle nur das Empyem der Keilbeinhöhle und der hinteren Siebbeinzellen in Betracht.

CHIARI.

14) **Halle** (Berlin). **Externe oder interne Operation der Nebenhöhleneiterungen.** *Berlin. klin. Wochenschr. No. 42, 43 und No. 29 Vereinsbeilage. 1906.*

Für die Therapie der rhinogenen Empyeme hält Verf. die normale Respiration durch die Nase für einen wichtigen Factor, indem durch Erzeugung eines negativen Druckes in der Höhle eine Absaugung von Secret und durch Absaugen der feuchten Luft in der Höhle eine Austrocknung derselben zustande käme. Zugleich träte damit die desinficirende Kraft der trockenen Luft in Wirksamkeit. Erforderlich ist demnach vor allem Herstellung normaler Atmungsverhältnisse in der Nase und Abschwellen der Ostien der Nebenhöhlen für die Therapie der Empyeme.

Im speciellen Falle des Empyems der Kieferhöhle eröffnet Verf. die Höhle mit der Fraise vom unteren Nasengang, wenn eine Rückbildung zur normalen Schleimhaut in der Höhle zu erwarten steht; sonst Empfehlung der radicalen Operation von der facialen Seite.

In die Stirnhöhle glaubt Verf. ohne Schwierigkeit in der Mehrzahl der Fälle mit einer Sonde gelangen zu können, „indem man dem ausströmenden Eiter folgt."

Um endonasal den Ausführungsgang der Stirnhöhle zu erweitern, führt Verf. auf dem Wege der eingedrungenen Sonde einen Schützer ein (eine biegsame metallene Halbrinne von der Form der eingeführten Sonde), welcher den Zweck hat, sich nach hinten der Tabula interna und lateral der Orbita anzulegen. Dringt man jetzt genau entlang dem Schützer mit einer elektrisch betriebenen, bohrenden Fraise „nach vorn und oben", so kann man „in der Richtung nach vorn und medial ohne jede Gefahr nach oben gehen und den von der Spina naso-frontalis interna gebildeten Boden so weit öffnen", dass man für eine vorn abgestumpfte Fraise eine genügend grosse Oeffnung erhält, welche dann die gesetzte Oeffnung noch entsprechend erweitern kann.

Ueber die Operation der Stirnhöhle von aussen stellt Verf. die allgemein gebräuchliche Indication auf.

In der Discussion zu dem Vortrag, die zugleich eine Kritik der empfohlenen Behandlung der endonasalen Eröffnung der Stirnhöhle mit der Fraise enthält, äussern Senator, Ritter, Peyser, Bognar ihre Bedenken gegen die Anwendung der Fraise zur Anbohrung der Stirnhöhle von innen wegen der grossen Gefahr der Verletzung der Tabula interna und wegen der Schwierigkeit, die Stirnhöhle wirklich zu sondiren.

Senator erwähnt einen Fall, wo die Trephine einen falschen Weg nach vorn, aus der Nase heraus, einschlug, allerdings ohne weitere Complication. In einem zweiten Falle aber trat nach Verletzung der Tabula interna durch die Fraise consecutive tödtliche Meningitis ein.

In Bezug auf die anderen Forderungen des Vortr. bei Behandlung der Empyeme herrscht im Allgemeinen Uebereinstimmung. ALBANUS (ZARNIKO).

15) **Max Halle. Aeussere oder innere Operation bei Nebenhöhleneiterung. (External or internal operation for suppuration of the accessory nasal sinuses.)** *The Laryngoscope. Februar 1907.*

Cfr. das vorhergehende Referat. EMIL MAYER.

16) **J. A. Stucky. Einige psychische Symptome infolge Erkrankung der Nasennebenhöhlen. (Some mental symptoms due to disease of nasal accessory sinuses.)** *N. Y. Medical Record. 24. November 1906.*

Verf. meint, dass eine Anzahl von Fällen von Melancholie und Suicidium, die im Verlauf der Influenza berichtet werden, auf die Erkrankung der Nebenhöhlen zurückzuführen sei. In den 9 Fällen, über die Verf. berichtet, waren die Siebbeinzellen ausgedehnt erkrankt. Verf. ist der Meinung, dass für die Majorität der Fälle im Siebbein die Ursache für die Infection der Stirn-, Oberkiefer- und Keilbeinhöhle zu suchen sei: er betont, dass frühzeitige Amputation des vorderen Drittels der mittleren Muschel die Nothwendigkeit späterer radicaler Operationen vermindert. Ob die hier in Frage stehenden Zustände bedingt sind durch den intracraniellen Druck, durch directe oder indirecte Meningealreizung, gestörte Hirncirculation oder Toxaemie bleibt dahingestellt. Thatsache ist, dass in diesen Fällen Ventilation der verschlossenen Sinus oder Heilung der Eiterung die Psychose beseitigt; andererseits verschlimmert die Eiterretention die psychischen Symptome oder Recidiv der Eiterinfection wird von Rückkehr der Psychose begleitet.

LEFFERTS.

17) **M. Weil** (Wien). **Bemerkungen über die Anwendung der Saugtherapie bei Naseneiterungen.** *Wiener. med. Wochenschr. No. 26, 27. 28. 1907.*

Nach Anführung aller Methoden der Saugtherapie entwickelt der Autor auf Grund seiner Experimente in ausführlicher Weise die Art der Wirkung und kommt zu dem Resultate, dass er die Anwendung der Luftverdünnung in der Nase und den Nebenhöhlen höchstens zu diagnostischen Zwecken empfehlen könnte. Vor

der Anwendung dieses Verfahrens zwecks Therapie von Naseneiterungen möchte der Verf. eindringlichst warnen. C. CHIARI.

18) **R. Sondermann** (Dieringhausen). **Weitere Erfahrungen mit meinem Nasensauger.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 425.*

Verf. bespricht die Einwände, die gegen seine Saugbehandlung erhoben worden sind und berichtet über weitere günstige Erfahrungen, die er mit derselben bei acuten und chronischen Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen, besonders bei Ozaena gemacht hat. F. KLEMPERER.

19) **A. Onodi. Beiträge zur Kenntniss der Nasennebenhöhlen.** *Arch. f. Anat. (u. Physiol.). 3. u. 4. H. S. 216. 1907.*

Zusammenfassende Ergebnisse der Untersuchungen Onodi's über Bau und Ausdehnung der Kieferhöhle, Stirnhöhle, Keilbeinhöhle und Siebbeinzellen.

J. KATZENSTEIN.

20) **Fränkel** (Berlin). **Krankenvorstellung. (Hyperestosis des Oberkiefers.)** *Berliner klin. Wochenschr. No. 9. Vereinsbeilage. 1906.*

Verf. erinnert zunächst an ein früher demonstrirtes 12jähriges Mädchen, die an Leontiasis ossea der Knochen des Gesichtes der Ober- und Unterkiefer, litt. Heilung nach Inunctionen von Hg.

Beim vorgestellten 44jährigen Patienten, bei dem sich die Erkrankung im Anschluss an eine Verletzung der Wange entwickelt hatte, sieht man jetzt, wie eine beigefügte Photographie erkennen lässt, eine starke Auftreibung der Processus nasales der beiden Oberkiefer, die so stark ist, dass die sonst grosse Nase, von vorn gesehen, glatt erscheint. Die Erkrankung erstreckt sich auch auf das Os palatinum und in die Kieferhöhle hinein, wie eine Röntgenaufnahme lehrt. Vollkommene Nasenstenose, Thränenträufeln. Verwachsungen zwischen Septum und lateraler Nasenwand.

In der Discussion erwähnt Grunmach (Berlin) einen ähnlichen Fall, von dem er ein stereoskopisches Röntgenbild demonstrirt. ALBANUS (ZARNIKO).

21) **Murayama** (Japan). **Ein Fall von Fibroma angiomatosum der Oberkieferhöhle.** *Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryngologie. December 1906.*

Ein 30jähriger Reishändler litt seit 10 Monaten an rechtsseitiger Nasenverstopfung, schleimigem Nasenausfluss und Anschwellung des Oberkiefers. Es entstand eine Fistel zwischen den beiden oberen Prämolarzähnen. Wegen Verdacht auf Zahncyste öffnete man probeweise die Oberkieferhöhle von der Fossa canina aus, und fand eine rundliche blutende, weiche Tumormasse. Nach Kocher machte man die Höhle vom Gesichte aus breit auf und excidirte die ganze Tumormasse, die aus dem Periost der medialen Höhlenwand herstammte. Mikroskopische Befunde: Im bindegewebigen Stroma sieht man Blutansammlung. Grosse Aehnlichkeit mit dem Granulationsgewebe beim Empyem. INO KUBO.

22) **Vues. Oberkiefertumor. (Tumeur du maxillaire supérieur.)** *La Policlinique. No. 3. 1907.*

Tumor im Bereiche der rechten Wange, vom Alveolarfortsatz des Oberkiefers

ausgehend, hatte das Antr. Highmori eingenommen und sich bis in die Orbitalhöhle fortgepflanzt. Entfernung mit theilweiser Resection des Oberkiefers. Incision nach Liston-Nélaton, in der Trendelenburg'schen Lage; mit nicht sehr reichlicher Blutung. Der histologische Untersuchung der glatten, kugeligen, gleichsam abgekapselten Geschwulst, deren Consistenz fibrös und die Farbe weisslich ist, ist bis jetzt noch nicht vorgenommen worden. BAYER.

23) **Kronheimer** (Nürnberg). **Ueber Kiefercysten.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 7. 1906.*

Nichts Neues. ZARNIKO.

24) **Ludwig Neufeld** (Posen). **Tuberculose, Syphilis und Kieferhöhleneiterung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 215.*

Bericht über einen Fall von tuberculöser Eiterung der Kieferhöhle und einen Fall von Empyem der Highmorshöhle infolge gummöser Erkrankung ihrer facialen Knochenwand. F. KLEMPERER.

25) **K. M. Menzel. Experimentelle Kieferhöhlenspülungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 371.*

Auf Grund einer von Lermoyez geäusserten Annahme, dass nämlich durch forcirte Spülungen der Kieferhöhle von einer Cowperöffnung aus der Wasserstrahl und mit ihm infectiöses Material durch den Hiatus semilunaris in die Stirnhöhle gelangen könne, stellte Verf. Spülversuche an Schädeln mit wässeriger Eosinlösung an; das Eosin imbibirt die Gewebe und hinterlässt unzweideutige Spuren seiner Anwesenheit, so dass der Weg der Spülflüssigkeit nachher sicher zu constatiren ist. Es ergab sich, dass selbst bei forcirtester Spülung die Flüssigkeit nicht aus der Kieferhöhle in die Stirnhöhle dringt; auch ins vordere Siebbeinlabyrinth drang in den meisten Fällen nichts ein, nur in einem kleinen Theil der Fälle fand sich in der unterhalb der Insertionslinie der mittleren Muschel gelegenen, der Bulla ethmoidalis entsprechenden Partie derselben, etwas eosingefärbte Flüssigkeit. F. KLEMPERER.

26) **Pietri. Doppeltes Antrumempyem und Bronchitis. (Sinusite maxillaire double et bronchite.)** *Gazette hebdomad. des sciences médicales de Bordeaux. No. VIII. 1907.*

Die Bronchitis, die ähnliche Erscheinungen, wie eine Lungenphthise zeigte, wird vom Verf. einzig auf das doppelseitige Empyem zurückgeführt. BRINDEL.

27) **Villemonte-Laclergerie. Oculo-orbitale Complication der Oberkieferhöhlenempyeme. (Complications oculo-orbitaires des sinusites maxillaires.)** *Thèse de Bordeaux. 1906.*

Die schwerste Complication ist die Orbitalphlegmone; ferner kommen vor: Keratitis, Iritis, Netzhautablösung, Neuritis, einfache Gesichtsfeldeinengungen, Thränenträufeln, Dacryocystitis. Die Heilung des Antrumempyems muss der geeigneten Behandlung der Augenkrankheit vorausgehen. BRINDEL.

28) **Texier** (Nantes). **Ueber die käsigen Oberkieferhöhlensinusiten; Symptome und Diagnose. (Des sinusites maxillaires caséeuses. Signes et diagnostic.)** *La Presse Otolaryngologique Belge. No. 2. 1907.*

Mittheilung auf der Versammlung der Belg. otorhinolaryngolog. Gesellschaft am 10. Juni 1906; vergl. den diesbezügl. Bericht. PARMENTIER.

29) **Parage. Das käsige Highmorshöhlenempyem. (La sinusite maxillaire caséeuse.)** *Thèse de Bordeaux. 1907.*

Verf. unterscheidet zwei Formen, die freie Verkäsung mit geringfügiger Reaction seitens der Schleimhaut und die wuchernde Form, bei der die Symptome ausgesprochener sind und die Veränderungen in der erkrankten Region oft denen ähnlich sind, wie sie durch maligne Tumoren hervorgerufen werden. Die Behandlung besteht in der Punction vom unteren Nasengang aus mit nachfolgender aseptischer Ausspülung. BRINDEL.

30) **Chevalier Jackson. Diejenige Highmorshöhlenoperation, die uns die besten Resultate gegeben hat. (The maxillary sinus operation that has yielded me the best results.)** *The Laryngoscope. 1906.*

Nach Abtragung des grössten Theils oder der ganzen mittleren Muschel und Amputation der ganzen unteren Muschel, von der nur ein langer streifenförmiger Stumpf stehen bleibt, wird die normale Antrumöffnung bis zum Nasenboden herab erweitert. Von der Weite der so gemachten Oeffnung hängt der Erfolg der Operation ab. Man soll möglichst eine Verletzung des Ductus nasalis vermeiden. Nach hinten muss die Oeffnung bis zur hinteren Grenze der Highmorshöhle erweitert werden, so dass vollkommene Drainage besteht, ohne „Tasche" bei der Rückenlage. Dann wird von der vorderen Wand auf oralem Wege soviel entfernt, dass man mit dem Finger eingehen und alles Erkrankte entfernen kann. Das normale Flimmerepithel ist zu schonen, alles Erkrankte ist zu entfernen.

EMIL MAYER.

31) **Oresco** (Bukarest). **Die Insufflation von Sauerstoff unter Druck bei der Behandlung der Oberkieferhöhlenempyeme. (L'insufflation d'oxygène sous pression dans le traitement des empyèmes sinusites maxillaires.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 11. 1907.*

Verf. hat bei 11 Kranken Ausspülungen der Höhle mit nachfolgender Einblasung von Sauerstoff unter Druck angewandt; 3—11 Sitzungen genügten in allen Fällen, um die mehr oder minder eingewurzelte und fötide Eiterung zum Verschwinden zu bringen. BRINDEL.

32) **L. Mader** München). **Radiotherapie bei chronischen Kieferhöhlenentzündungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18.*

M. probirte zuerst die Glimmlichtbestrahlung, ohne wesentliche Erfolge zu erzielen. Er ging dann zur Behandlung mit Hochspannungsfunkenlicht über, welche bessere Resultate zu versprechen scheint. Die vorliegende Arbeit ist in der Hauptsache der Beschreibung der von M. zur Belichtung der Kieferhöhle construirten Apparate gewidmet. F. KLEMPERER.

33) **John Gutman. Einseitiges Nebenhöhlenempyem mit complicirendem Orbitalabscess, (Unilaterale empyema of the accessory sinuses of the nose complicating orbital abscess.)** *The Laryngoscope. December 1906.*

Untersuchung des Augenhintergrundes zeigte Hyperämie des Sehnerven. Aus der Nase floss übelriechender Eiter. Probepunction der Highmorshöhle war positiv. Am nächsten Tage Radikaloperation, Fortnahme der vorderen Wand und Ausspülung der Höhle. Am nächsten Tage wurden die Siebbeinzellen untersucht; man fand sie voll übelriechenden Eiters und den Knochen nekrotisch. Ausräumung des Siebbeins. Der Abscess am inneren Augenwinkel wurde eröffnet und eine Communication zwischen der Oeffnung in der äusseren Wand und dem Siebbein geschaffen. Heilung.

EMIL MAYER.

34) **L. R. Culbertson. Bericht über zwei Fälle von Radicaloperation der Highmorshöhle und des Siebbeins. (Report of two cases of radical operation on the maxillary sinus and ethmoid.)** *The Laryngoscope. October 1906.*

Einer der beiden Fälle endete tödtlich.

EMIL MAYER.

35) **F. Kretschmann. Zur Nachbehandlung der aufgemeisselten Kieferhöhle bei chronischer Sinusitis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 26. 1907.*

Unter Hinweis auf die Rückbildungsfähigkeit der auch hochgradig veränderten Schleimhaut empfiehlt K. die Schleimhaut bei der Radikaloperation der Kieferhöhle zu erhalten. Er operirt nach der Denker'schen Methode, jedoch mit folgenden Abweichungen: Die untere Muschel wird erhalten, die laterale Schleimhautauskleidung des unteren Nasenganges wird nicht als Lappen in die Kieferhöhle hineingeklappt, sondern im Gebiet des entfernten Knochens gleichfalls vollkommen abgetragen. Die orale Wunde wird nicht primär vernäht, sondern in toto etwa 4—5 Wochen offen gehalten und von hier aus die Höhle nachbehandelt. Polypöse Schleimhaut-Excrescenzen werden mit der Schlinge abgetragen, Leisten mit der scharfen Zange abgekniffen, Cysten gespalten, Ulceration oder Excrescenzen mit Argent. nitr. in Substanz geätzt. So lange noch stärkere Schwellung der Schleimhaut besteht — Tamponadenbehandlung, später mit 2—3proc. Argent. nitr. Tägliche Ausspülungen der Höhle nimmt der Patient selbst vom Munde aus vor. Anschliessend Betrachtungen über die Beziehungen des Thränennasencanals und das Verhalten der Zähne des Oberkiefers in der Umgebung des Operationsgebietes.

HECHT.

36) **Sagebiel** (Stettin). **Ueber die Therapie der Kieferhöhleneiterungen.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 44. Vereinsbeilage. 1906.*

Vortr. fordert für das acute Empyem möglichst conservative Behandlung, bei chronischem Empyem möglichst weite Oeffnung im mittleren Nasengang und Entfernung alles Krankhaften aus der Höhle von der Fossa canina aus; diese angelegte Oeffnung wird sofort wieder geschlossen.

In der Discussion stimmen Alsen, Sprenger, Rothholz diesem Vorgehen zu.

Der erstere nimmt bei der Operation des chronischen Empyems fast die ganze laterale Nasenwand einschliesslich der unteren Muschel fort, ohne dass er danach Borkenbildung in der Nase zu beobachten hatte.

ALBANUS (ZARNIKO).

37) **A. Denker** (Erlangen). **Zur Radicaloperation des chronischen Kieferhöhlenempyems.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 221.*

Verf. berichtet ausführlich über 3 Fälle, in welchen er ein eigenes Operationsverfahren angewendet hat. Dasselbe ist auf der von Luc-Boenninghaus angegebenen Methode aufgebaut und erlaubt wie diese eine radikale Freilegung sämmtlicher erkrankten Kieferhöhlenwände. Es besteht in der Fortnahme des vordersten Theiles der knöchernen lateralen Wand des unteren Nasenganges, durch welche der primäre Verschluss der oralen Wunde und die Nachbehandlung von der Nase aus ermöglicht wird. — Als Vorzug seiner Methode gegenüber der Friedrich'schen Operation hebt Verf. hervor, dass man nicht von aussen her die Skelettheile freizulegen braucht, sondern submukös operiren kann. Die Operation ist nach Verf.'s Erfahrung keine Erschwerung gegenüber den bisher gebräuchlichen Methoden, sondern eher eine Erleichterung; sie lässt sich bei einiger Uebung in etwa 30 Minuten ausführen. F. KLEMPERER.

38) **Wilh. Grosskopff** (Osnabrück). **Eine Veränderung der Killian'schen Canüle für die Spülung der Kieferhöhle vom mittleren Nasengange aus.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 29. 1907.*

An der Killian'schen Canüle ist an deren Abbiegungsstelle am Naseneingang ein solider fester Handgriff angebracht, der es ermöglicht „die Canüle sowohl fester und ruhiger zu halten, als auch bei etwaigem Durchstossen der dünnen Knochenlamelle grössere Kraft anzuwenden“. HECHT.

39) **Henry R. Boettcher. Ein Troikart-Bohrer für das Antrum. (A trocar-pointed antrum drill.)** *The Laryngoscope. October 1906.*

Mit dem Instrument, dessen Beschreibung Verf. giebt, ist er im Stande, an jeder Stelle der äusseren Wand in weniger als einer Minute eine Oeffnung in die Highmorshöhle zu bohren. EMIL MAYER.

40) **Holbrook Curtis. Die Katheterismusbehandlung der acuten Stirnhöhlenentzündung durch die interne Methode. (The catheterization treatment of acute frontal sinus inflammations by the internal method.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Nach Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel werden die Siebbeinzellen mittels einer schmalen schneidenden Zange eröffnet und die Ausräumung mit einem durch den Electromotor betriebenen Drillbohrer vervollständigt. Nach Entfernung der Muschel findet man oft, dass die Structur der Zellen so delicat ist, dass ein Tubenkatheter genügt, um sie zu eröffnen. EMIL MAYER.

41) **Zitowitsch. Radicaloperation der Stirnhöhle nach Killian. (Korennaja operazia lobnoi pasuchi po Killianu.)** *R. Wratsch. No. 28. 1907.*

Beschreibung der bekannten Methode unter Beifügung eines Falles.

P. HELLAT.

42) **Hecht** (München). **Ein biegsamer Watteträger für den Stirnhöhlenausführungsgang.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 170.*

Beschreibung und Abbildung des Instrumentes. F. KLEMPERER.



43) **E. Köhler** (Magdeburg). **Ueber Siebbeinzelleneiterung.** *Münchener med. Wochenschr. No. 35. 1907.*

Nichts Neues; Orientirung des practischen Arztes über das einschlägige Gebiet.

HECHT.

44) **Rollet** und **Moreau** (Lyon). **Mucocele des Siebbeins. (Mucocèle lacrymo-ethmoïdale.)** *Société de chirurgie de Lyon. 28. April 1907.*

Pat. zeigte im Niveau des Thränensacks eine Anschwellung; es wurde die Diagnose auf eine geschlossene Dacryocystitis gestellt. Im Laufe der Operation drang man durch eine Oeffnung in Höhe der Siebbein-Thränenbeinnaht in das Siebbeinlabyrinth, aus dem sich eine Flüssigkeit entleerte. Heilung. Die Rhinoskopie hatte keine Anzeichen ergeben.

GONTIER de la ROCHE.

45) **Onodi** (Budapest). **Beiträge zur Lehre der durch Erkrankung der hintersten Siebbeinzelle und der Keilbeinhöhle bedingten Sehstörung und Erblindung.** (B. Fränkel [Berlin] zu seinem 70. Geburtstage gewidmet.) *Berliner klin. Wochenschr. No. 47. 1906.*

Der Autor bespricht an der Hand sehr anschaulicher Abbildungen in natürlicher Grösse die anatomische Grundlage der Aetiologie der canaliculären retrobulbären Neuritis und Atrophia optica nasalen Ursprungs. Er zeigt das innige Verhältniss, das zwischen hinterster Siebbeinzelle und Keilbeinhöhle und Canalis opticus und Sulcus opticus bestehen kann.

Die anatomische Grundlage dieser Beziehungen ist äusserst variabel. Der Autor bringt allein 35 verschiedene Formverhältnisse in 11 Gruppen vor, in denen die Scheidewand zwischen Canalis opticus und den genannten Höhlen äusserst dünn sein kann, „in einigen Fällen verläuft der Canalis opticus in den erwähnten Höhlen, die Länge des Canalis opticus kann 6, 10 und 12 mm erreichen, die Wand zwischen der hintersten Siebbeinzelle und dem Canalis opticus, Sulcus opticus ist zumeist papierdünn, in einem Falle war sie 1 mm und in einem anderen Falle 2 mm dick, eine stärkere Scheidewand findet sich öfters zwischen der Keilbeinhöhle und dem Canalis opticus." In einzelnen Fällen wurde sogar Dehiscenz der Wand des Canalis opticus beobachtet.

Dieser Hinweis möge genügen. Einzelheiten erfordern Studium des Originals. Der Verf. stellt eine Monographie über das wichtige Thema in Aussicht.

ALBANUS (ZARNIKO).

46) **Glas** (Wien). **Die adenoiden Vegetationen.** *Die Heilkunde. No. 10. 1907.*

Kurze Besprechung der Pathologie und Therapie der Rachentonsille.

SEIFERT.

47) **Sedziak. Ueber die adenoiden Vegetationen auf Grund von 1000 operirten Fällen. (O t. zw. wyroslach gruczolowatych w jamie nosogarczielewejna podstawie pneszlo 1000 dokonanych operacyi.)** *Przeglad Lekarski. No. 39 u. 40. 1907.*

In einem Vortrage auf dem Congresse der polnischen Aerzte in Lemberg besprach Verf. näher Aetiologie, locale und allgemeine Erscheinungen, sowie

Diagnose und verschiedene Complicationen bei bestehenden adenoiden Vegetationen. In allen Fällen benutzte Verf. das Gottstein'sche oder Beckmann'sche Messer, führte die Operation ohne allgemeine Narkose aus. A. v. SOKOLOWSKI.

48) **Samuel W. Thurber. Adenoidgeschwülste bei Kindern. (Adenoid growths in children.)** *N. Y. Medical Record. 26. October 1907.*

Verf. zählt die Indicationen und die Contraindicationen der Operation auf. Er warnt bei kleinen Kindern vor der Anwendung der Narkose. Im Uebrigen enthält der Aufsatz Bekanntes. LEFFERTS.

49) **Charles H. May. Augensymptome und Augenerkrankungen als Begleiterscheinungen der Adenoiden. (Ocular symptoms and diseases accompanying adenoids.)** *N. Y. Medical Record. 26. October 1907.*

Die manchmal vorhandenen Augenerkrankungen — Epiphora, Blepharitis, Dacryocystitis, Conjunctivalhyperaemie, phlyctenulare Conjunctivitis, gewisse an Trachom erinnernde Formen von Conjunctivitis und wirkliches Trachom, verschwinden oder heilen besser nach Operation der Adenoiden. Diese müssen mehr als praedisponirender Factor, denn als directe Ursache betrachtet werden. Rhinitis bei Kindern hängt gewöhnlich vom Bestehen von Adenoiden oder von hypertrophirten Tonsillen oder beiden zusammen ab. Blepharitis, catarrhalische Conjunctivitis, Dacryocystitis und Phlyctaenen können ebenso erklärt werden, indem die locale Praedisposition durch die congestionirte Conjunctiva geschaffen wird. LEFFERTS.

50) **Philip D. Kerrison. Die Frage der Adenotomie während der acuten Mittelohrentzündung. (The question of adenectomy during acute middle ear disease.)** *N. Y. Medical Record. 26. October 1907.*

Die Mehrzahl der Chirurgen und Otologen ist entschieden gegen die Adenoidoperation während acuter Mittelohrerkrankung. Bei der Erwähnung, ob bei Kindern mit Schwellung der Tonsillen und erheblichen adenoiden Vegetationen im Fall einer Otitis media in derselben Narkose die Paracentese und die Adenoidoperation gemacht oder diese erst nach Ablauf der Ohrerkrankung vorgenommen werden soll, entstehen zwei Fragen: Ist die Entfernung der Tonsillen und Adenoiden schliesslich eine Nothwendigkeit und würden diese die Heilung der Ohraffection verzögern? Sind sie gross genug und so localisirt, dass in Bezug auf die Nothwendigkeit, sie zu entfernen, kein Zweifel besteht, so kann auch ihr ungünstiger Einfluss auf die Mittelohrkrankheit nicht bezweifelt werden und dann soll Paracentese und Adenoidoperation in derselben Sitzung gemacht werden.

LEFFERTS

c. Mundrachenhöhle.

51) **P. K. Brown. Entfernte Wirkungen der Tonsillarinfection. (Remote effects of tonsillar infection.)** *N. Y. Medical Record. 22. Juni 1907.*

Nephritis nach Tonsillitis ohne Rheumatismus ist nach Ansicht des Verf.'s häufiger als man glaubt. Er berichtet über einen durch acute Manie complicirten



Fall, ebenso einen von fatal verlaufender Staphylokokkenseptikaemie und einen von Leukämie, den er auch als das wahrscheinliche Resultat einer Mandelerkrankung betrachtet. Auch zeigen klinische und experimentelle Erfahrungen, dass zwischen Tonsillarerkrankungen und Lungentuberculose ein häufiger Zusammenhang besteht. Histologische Untersuchungen allein sind unzureichend; Lartigan fand unter 135 Fällen nur 2 mal Tuberkelbacillen, während von 75 Inoculationsversuchen 12 ein positives Resultat ergaben.

LEFFERTS.

52) **E. Fletcher Ingals. Die Beziehung von Tonsillitis zum Rheumatismus. (The relation of tonsillitis to rheumatism.)** *The Laryngoscope. September 1907.*

Verf. fasst den Rheumatismus als eine abgeschwächte septische haematogene Infection auf, wobei häufig die Tonsillen die Rolle der inficirten Wunde übernehmen, von der aus die Allgemeininfection ihren Ausgang nimmt. Dass acutem Muskelrheumatismus fast stets eine Angina vorausgeht, kann Verf. aus seinen Krankengeschichten nicht bestätigen; nur in 2 pCt. der Fälle folgte der Angina Muskelrheumatismus. In 6 pCt. der Fälle wurde über Muskelschmerzen geklagt, die aber nur auf das die Mandelentzündung begleitende Fieber zurückzuführen waren.

EMIL MAYER.

53) **G. Ghedini. Primäre Infection der Tonsillen, Gaumen, Testikel und Gelenke bei Tuberculose. (Primary infections of the tonsils, palate, testicle and articulations in tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 19. October 1907.*

Verf. hat Tuberkelbacillen direct in verschiedene Gewebe eingespritzt, um den Weg der Infection zu verfolgen. Bei primärer Tuberculose der Tonsillen und anderer Theile der Mundhöhle breitet sich die Infection auf Gefässe, cervicale Lymphdrüsen, mediastinale und bronchiale Drüsen, Spitze und Centrum der Lunge aus. In den meisten Fällen bleibt die Infection darauf beschränkt, bisweilen entsteht auch eine allgemeine Miliartuberculose. Im allgemeinen folgt der Process den Lymphgefässen; in einigen Fällen breiten die Keime sich dagegen auf dem Wege der Blutgefässe aus.

LEFFERTS.

54) **S. Citelli** (Catania). **Ulcerirendes Carcinom der Tonsille, das von der Mundhöhle aus operirt wurde und 2 Jahre nach der Operation noch keine Zeichen einer Reproduction zeigte.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 162.*

Krankengeschichte des Falles und histologischer Untersuchungsbefund des mittels der galvanokaustischen Schlinge und einer schneidenden Pincette entfernten Tumors.

F. KLEMPERER.

55) **Heryng. Die Tuberculose der Gaumentonsillen und des Rachens. (Gruzlica migdalków podmebiennych i gardzieli.)** *Gazeta Lekarska. 1907.*

Verf. behauptet, dass die primäre Tonsillentuberculose zur seltenen Erscheinung gehört, dagegen kommen tuberculöse Erkrankungen der Tonsillen nicht selten vor bei bestehender Tuberculose in anderen Organen. Verf. beschreibt näher die anatomopathologischen und mikroskopischen Bilder derartiger Processe

bei sogen. larvirter Tonsillentuberculose und ist in diesen Fällen für totale Entfernung der erkrankten Organe.

Was die Pharynxtuberculose anbelangt, unterscheidet Verf. auf Grund eigener sehr reichlicher Casuistik 2 Arten diesbezüglichen Leidens und zwar acute miliar- und chronische infiltrative Form. Die Pharynxtuberculose wird öfter bei Männern, und zwar jungen Individuen, getroffen. Tuberculöse Pharynxtumoren beobachtete Verf. in 3 Fällen. Der erste von $^1/_2$ cm Durchmesser sass an der hinteren Pharynxwand unterhalb der Uvula, der zweite ebenfalls daselbst, der dritte oberhalb des Kehlkopfeinganges. In allen Fällen wurden die Tumoren chirurgisch entfernt und die Wunden vernarbten gänzlich. Im allgemeinen genommen, gehört der günstige Ausgang, sogar bei Miliarform, nicht zur Seltenheit. In therapeutischer Hinsicht räth Verf. neben allgemeiner Therapie zu chirurgischen Eingriffen, Pinselungen (Phenosalyl, Kali hypermanganicum, Acid. lacticum u. s. w.).

A. v. SOKOLOWSKI.

56) **Orleanski. Zur Frage der Blut- und Lymphgefässe der Tonsillen im Zusammenhange mit der Frage von den Blutungen nach Tonsillotomie. (K woprosu o limfat. i krowenich sosudach mind. w swjasi s woprosom o krowotetschenijich posle udolenia mindolin.)** *Jeshemesjataschnik. No. 5. 1907.*

Der Vortrag wurde auf dem X. Pirogow-Congress gehalten und wurde auch im Sitzungsberichte kurz referirt.

P. HELLAT.

57) **Ed. Heuking** (Petersburg). **Ueber Ursache und Behandlung bedrohlicher Blutungen nach Abtragung der Gaumenmandeln.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 64.*

In 6 Fällen von schwerer Hämorrhagie nach Tonsillotomie constatirte H. eine Verletzung der Gaumenbögen, und zwar war es in allen Fällen der hintere Gaumenbogen, welcher an seinem oberen Theile verletzt war. H. glaubt, dass eine derartige Nebenverletzung leichter bei der Ausführung der Tonsillotomie mittels der Guillotine, als bei der Benutzung eines Messers oder der Scheere zu Stande kommen kann.

Zur Verhütung stärkerer Blutungen empfiehlt Verf., den Pat. nach der Operation mehrere Stunden in sitzender, nicht liegender Stellung zu belassen; zweitens soll, damit eine nachträglich sich einstellende Blutung sofort entdeckt wird, der Patient angewiesen werden, die im Munde sich ansammelnde Flüssigkeit, auch wenn sie nur aus Speichel bestehen sollte, nicht hinunterzuschlucken, sondern bei leicht vorgebeugtem Kopfe zum Munde hinauslaufen zu lassen.

Für die Behandlung bereits eingetretener Blutung empfiehlt H. als einfachstes und wirksamstes Mittel die Digitalcompression der blutenden Stelle. Der mit Verbandmarly umwickelte Finger bleibt einige Minuten, wenn es nöthig ist, 1 Stunde und weit länger liegen.

F. KLEMPERER.

58) **Thomas Chew Worthington. Eine einfache Methode der Excision der Gaumentonsille. (A simple method of excision of the faucial tonsil.)** *Journal of the American Medical Association. 25. Mai 1907.*

Verf. giebt an der Hand der Abbildungen eine sehr detaillirte Schilderung

der Methode, die im wesentlichen darin besteht, dass unter Cocain-Adrenalinanaesthesie die Tonsille mit einer Zange nach vorn gezogen und mit dem Seiler-schen Messer ihre Verbindungen in der Fossa supratonsillaris gelöst, die Triangularfalte gespalten und die Tonsille abgeschnitten wird. EMIL MAYER.

59) John S. Mc. Coy. **Die Gefahren der Tonsillotomie und Adenoidoperationen. (The dangers of the operations of tonsillotomy and that for removal of adenoid growths.)** *N. Y. Medical Record. 26. October 1907.*

Verf. erwähnt folgende Gefahren: Ein von ungeübter Hand zugefügter unnöthiger Grad von Traumatismus; Blutung; Sepsis und die Gefahr der Narkose, denn kein Anaestheticum zu geben, findet er „brutal". Am sichersten sei Aether; man operire am besten am sitzenden Patienten. LEFFERTS.

60) Edwin Pynchon. **Tonsillectomie mittelst elektrokaustischer Dissection. (Tonsillectomy by electro-cautery dissection.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Verf. rühmt der Operation nach, dass sie nicht nur den Patienten vor künftigen Attacken von acuter Tonsillitis bewahrt, prophylactisch gegen Tuberculose wirke, sondern auch alle möglichen günstigen Einflüsse auf das Allgemeinbefinden habe, z. B. auf Appetit und Verdauung, die Neigung zu Rheumatismus herabmindere u. s. w. u. s. w. EMIL MAYER.

61) S. v. Stein. **Neues Drahttonsillotom. (Nowi prowolotschnitonsillotom.)** *Jeshemesjatschnik. No. 4. 1907.*

Eine Modification des Mygind-Henrici'schen Tonsillotoms.

P. HELLAT.

62) C. Reuter (Ems). **Ueber behaarte Rachenpolypen und ihre Genese.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 223.*

Auf Grund einer Zusammenstellung von 19 Fällen aus der Literatur und einem eigenen Fall bespricht Verf. die Erscheinungen und die Herkunft dieser Polypen. F. KLEMPERER.

63) Weil (Wien). **Ein Fall von Lymphangioma cavernosum der hinteren Rachenwand.** *Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. 62. 1907.*

Bei einem 12 jährigen Mädchen mit nächtlichen Blutungen aus dem Munde und Schluckbeschwerden fand sich eine Geschwulst der hinteren Rachenwand, die sich nach der Exstirpation als Lymphangioma cavernosum herausstellte. Im weiteren Verlaufe stellte sich ein Recidiv ein, neuerliche Exstirpation half nur vorübergehend. Später traten wieder Blutungen auf und es entwickelte sich wieder ein Tumor, der von Zeit zu Zeit zu Entzündungen Veranlassung gab. SEIFERT.

64) Walter F. Chappell. **Grosser Tumor des Laryngo-Pharynx durch Pharyngotomia subhyoidea entfernt. (Large tumor of the laryngopharynx removed by subhyoid pharyngotomy.)** *N. Y. Medical Record. 13. Juli 1907.*

Der Tumor hatte ein glattes unregelmässiges Aussehen, wog 20 Gramm. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass er aus fibrösem Gewebe mit Rundzellen bestand. LEFFERTS.

65) **Sota y Lastra. Epitheliom der Mundhöhle und des Rachens. (Epithelioma de la boca y garganta.)** *Revista de medicina y cirurgia practicas. 21. October 1905.*

Der Tumor hatte die ganze seitliche Pharynxwand bis zur Zungenbasis ergriffen. Man exstirpirte die submaxillaren Lymphdrüsen, die linke Hälfte des Unterkiefers, dann den Tumor mit der Hälfte des Gaumensegels. Heilung. Kein Recidiv nach einem Jahr.

TAPIA.

66) **Otto J. Freer. Lymphosarkom des Pharynx. (Lymphosarcoma of the pharynx.)** *The Laryngoscope. Januar 1907.*

Da der Tumor inoperabel war, so wurden als Palliativmittel Adrenalininjectionen gebraucht. Verf. fasst den Tumor auf als hervorgegangen aus dem lymphatischen Gewebe des Rachens.

EMIL MAYER.

67) **M. Durand** (Lyon). **Der Ausschluss der Luftwege bei der Abtragung der Carcinome des Pharynx und der Mundhöhle. (L'exclusion des voies respiratoires dans l'ablation des cancers du pharynx et de la bouche.)** *Lyon médical. No. 39. 29. September 1907.*

Die Statistik dieser Operationen wird sehr durch das häufige Eindringen von Blut in die Luftwege verschlechtert.

An Stelle aller anderen angewandten Mittel bevorzugt Verf. stets die Tamponade des Larynx nach der Tracheotomie. Letztere wird 8 Tage vor der Hauptoperation gemacht und zwar vorzugsweise die Intercricothyreoidea.

GONTIER DE LA ROCHE.

d. Diphtherie und Croup.

68) **E. Norton. Der prophylactische Gebrauch von Antitoxin bei epidemischer Diphtherie. (The prophylactic use of antitoxin in epidemic diphtheria.)** *Lancet. 13. Juli 1907.*

Am 12. Januar fanden sich in Percy House Union Schools, die von ungefähr 300 Kindern besucht werden, 20 Fälle von Diphtherie; am 10. Februar war die Zahl auf 66 gestiegen. Es wurden von allen Kindern Ausstrichpräparate aus dem Pharynx gemacht und untersucht. In 16 verdächtigen Fällen wurden 1000 I.-E. injicirt, bei allen übrigen Kindern 500 I.-E. Es traten nur noch drei Fälle von Diphtherie auf. Nach 4 Wochen wurde die ganze Schule nochmals mit Antitoxin injicirt. Es wurden danach nur noch 3 Fälle berichtet.

ADOLF BRONNER.

69) **John Whyte. Diphtherie und deren Serumbehandlung. (Diphtheria and its serum treatment.)** *Missouri Cyclopedia of Practical Medicine. October 1907.*

Verf. betrachtet den Nutzen des Serums als nicht erwiesen.

EMIL MAYER.

70) **J. Spencer Purdy. Maligne Diphtherie und die immunisirende Eigenschaft des Antitoxin. (Malignant diphtheria and the immunizing power of antitoxin.)** *Journal of the American Medical Association. 29. Juni 1907.*

Pat., der sehr schwer erkrankt war, wurde von den drei anderen Kindern

und den Eltern auf das Gesicht geküsst. Es starb am 13. April, nachdem es 60000 I.-E. von Diphtherieantitoxin erhalten hatte. Die übrige Familie erkrankte am 13. und 14. April, nachdem am 11. April 3 von den 5 Personen prophylactisch 500 I.-E. erhalten hatten. Am 17. April erkrankte die Wärterin, die 5 Tage vorher 1500 I.-E. erhalten hatte, an einer verdächtigen Angina. Bei allen Patienten verlief die Diphtherie mit Ausnahme des Vaters, der ständig mit dem verstorbenen Kinde in Berührung gewesen war, günstig. Verf. erörtert die Frage, ob es sich hier um eine besonders schwere Infection gehandelt habe oder ob 500 I.-E. unzureichend für die Immunisation waren.

EMIL MAYER.

71) **A. R. Ward** und **M. Henderson. Diphtheriecontrole in den öffentlichen Schulen. (Control of diphtheria in the public schools.)** *California State Journal of Médicine. August 1907.*

Verf. legen die Erfahrungen dar, die sie bei einer Diphtherieepidemie in Berkely (Californien) gesammelt haben. Hervorzuheben ist darüber Folgendes: Die Versuche, alle inficirten Kinder zu isoliren, hatten auf den Verlauf der Epidemie keinen Einfluss, so lange man sich auf das Anlegen von Halskulturen allein beschränkte; wurden dagegen Kulturen aus Hals und Nase genommen und alle Kinder, bei denen diese positiv ausfielen, in Quarantäne gebracht, so hörte die Epidemie auf. In Zeiten von Diphtheriegefahr sollte jeder Fall von schlimmem Hals als verdächtig angesehen werden, so lange nicht die bakteriologische Untersuchung das Gegentheil ergiebt. Es ist so häufig, dass man erst eine negative und dann eine positive Kultur erhält, dass man mindestens zwei negative für die Aufhebung der Quarantäne fordern muss. Kein Fall soll allein auf die klinischen Symptome hin entlassen werden.

EMIL MAYER.

72) **T. Fisher. Einige Complicationen der Diphtherie. (Some complications of diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 26. October 1907.*

Verf. bespricht die Leberhypertrophie, die gewöhnlich mit Herzschwäche einhergeht und von der Ueberfüllung der Lebercapillaren mit Blut herrührt. Tritt Heilung der Diphtherie ein, so kehrt die Leber gewöhnlich zu ihrer normalen Grösse zurück. Eine andere Complication ist eine Erkrankung der Arterien; man findet in der Aorta und an der Mitralis gelbe Flecken, in den kleineren Arterien, besonders den Hirnarterien, Knötchen von verschiedener Grösse. Auch interlobuläres Emphysem kommt vor, das in Pneumothorax ausgehen kann.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

73) **M. Bukofzer. Ueber die Beziehungen des Ansatzrohres zur Höhe des gesungenen Tones.** *Die Stimme. Bd. 1. H. 2. S. 34. November 1906.*

In der Hauptsache populär gehaltene Wiedergabe einer im Arch. f. Ohrenhk. Bd. LXI erschienenen Arbeit des Inhalts, dass bei Verschluss der Nase oder einer Nasenseite während der Tonbildung die Tonhöhe sinkt.

J. KATZENSTEIN.

74) **H. Gutzmann. Stimmeinsatz und Stimmansatz.** *Die Stimme. Bd. 1. H. 1. S. 4. October 1906.*

Unter Stimmeinsatz will Verf. alle die Vorgänge verstanden wissen, welche an den Stimmlippen selbst beim Beginn der Stimmbildung beobachtet werden; unter Stimmansatz dagegen die Lage der Theile im Ansatzrohre im Verhältnis zum stimmerzeugenden Instrument.

J. KATZENSTEIN.

75) **M. Bukofzer. Tonansatz.** *Die Stimme. Bd. 1. H. 4. S. 97. Januar 1907.*

Nach B. ist Tonansatz ein Vorgang an der Glottis und zwar bedeutet das Wort den Verschluss und die Oeffnung derselben oder das Offenstehenlassen unmittelbar vor und im Momente der Tonerzeugung. (Im wissenschaftlichen Interesse und im Interesse einer einheitlichen Nomenclatur ist es nothwendig, einen der beiden Ausdrücke Toneinsatz oder Tonansatz für die Vorgänge an der Glottis bei der Tonerzeugung fallen zu lassen; der zu erhaltende Ausdruck kann nur „Toneinsatz" sein. Ref.)

J. KATZENSTEIN.

76) **P. v. Grützner. Ueber die Genauigkeit der menschlichen Stimme.** *Die Stimme. 1. Jahrg. H. 6. S. 161. März 1907.*

Nach einer Wiedergabe der von Klünder mittelst des Hansen'schen Sprachzeichners angestellten Versuche giebt Verf. eine Schilderung des von ihm construirten, dem Lissajour'schen ähnlichen Instrumentes, mittelst dessen man für sich und andere die minutiösesten Schwankungen der Stimme demonstriren kann.

J. KATZENSTEIN.

77) **F. Krueger. Beziehungen der experimentellen Phonetik zur Physiologie.** *Separatabdruck aus dem Bericht über den II. Congress für experim. Physiologie in Würzburg 1906. Leipzig, Joh. Ambr. Barth.*

Verf. bespricht die Methode der experimentellen Phonetik, und zwar zunächst die physiologisch-genetischen oder articulatorischen, dazu rechnet er die Athmungsbewegungen, die Gesammtbewegungen des Kehlkopfes, die sichtbaren Sprechbewegungen des Antlitzes, die Spannungs- und Bewegungszustände des Kehlkopfes, vornehmlich der Stimmbänder, die Bewegungen und Einstellungen der Sprechorgane im Inneren des Ansatzrohres. In einem zweiten Abschnitte behandelt Verf. die acustischen Methoden; er bespricht dabei den Zusammenhang der articulatorischen mit der acustischen Analyse der sprechlichen Erscheinungen, die unmittelbare acustische Beobachtung, die verschiedenen Wege, die zur Unterstützung und Controle des direct zu beobachtenden Ohres eingeschlagen werden, die künstliche Synthese von Sprachlauten, die direct optischen Methoden, die graphischen Methoden (Phonautographie oder Sprechzeichnung). In dem Schlusscapitel werden die Klangfarben, die Klangstärken, die zeitlichen Eigenschaften, die Tonhöhenbewegung der Sprechstimme behandelt.

J. KATZENSTEIN.

78) **Ernst Barth** (Frankfurt a. O.). **Fortsetzung der Untersuchungen über den Tonansatz.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 202.*

B. prüft im Anschluss an Untersuchungen von Eijkmann die Stellung des

Kehlkopfes beim Tonansatz mittelst Röntgenphotographie und er findet die früher von ihm entwickelte Lehre bestätigt, dass bei guter Schulung der Stimme mit ansteigender Tonhöhe der Kehlkopf nicht ansteigt, sondern tiefer tritt.

F. KLEMPERER.

79) **P. Hellat** (Petersburg). **Bemerkungen zu dem Aufsatze des Dr. E. Barth: „Zur Lehre vom Tonansatz auf Grund physiologischer und anatomischer Untersuchungen.“**

80) **E. Barth** (Frankfurt a. O.). **Erwiderung.**

81) **P. Hellat. Schlusswort.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 175—177.*

Nach Hellat fällt der Kehlkopf beim Toneinsatz oder richtiger vor dem Toneinsatz um 1—2cm und verharrt dann in dieser Lage; die Schwankungen, die der Kehlkopf nach Barth in der tiefen Lage ausführt, hält H. für secundäre und unwesentliche.

Barth weist in seiner Erwiderung auf einen Fall hin, bei dem der Kehlkopf beim höchsten Ton um **3 cm** tiefer stand als beim tiefsten, beim höchsten dicht über dem Jugulum, beim tiefsten unmittelbar unter dem Zungenbein; hier könne unmöglich von „nebensächlichen secundären Schwankungen bei unverändert tiefem Kehlkopfstande“ die Rede sein.

F. KLEMPERER.

82) **M. Bukofzer** (Königsberg i. Pr.). **Was ist Tonansatz?** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 501.*

Die inhaltsreiche Arbeit, die den Untertitel trägt: „Terminologisches und Anderes“; zugleich eine Ergänzung meiner Arbeit: „Zur Hygiene des Tonansatzes etc.“ (Arch. f. Laryngol., Bd. 15., Sep.-Abdruck., Berlin, Hirschwald 1904), lässt sich im Referate nicht wiedergeben; dem Gesangsarzt und -Lehrer wird ihr Studium unerlässlich sein.

F. KLEMPERER.

83) **E. Barth** (Berlin). **Die Verwerthung der Röntgenstrahlen in der Stimmphysiologie.** *Medic.-pädagog. Monatsschr. f. die gesammte Sprachheilkunde. August-September 1907.*

Die Röntgenstrahlen stellen ein werthvolles Hülfsmittel für die stimmphysiologische Untersuchung dar zu wissenschaftlichen wie zu therapeutischen Zwecken. Ueber die Methode muss im Original nachgelesen werden (s. auch Arch. f. Laryngologie, Bd. XIX).

SEIFERT.

84) **A. Meyer** (Upsala). **Röntgenographische Lautbilder.** *Medic.-pädag. Monatsschrift f. d. gesammte Sprachheilkunde. XVII. August-September 1907.*

Die von Meyer (unabhängig von Grunmach und E. Barth) benutzte Methode zur Herstellung röntgenographischer Lautbilder kann zweifellos für die Wissenschaft von grossem Nutzen sein.

SEIFERT.

85) **L. Harmer** (Wien). **Zur Kenntniss der entzündlichen Kehlkopfgeschwülste.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 275.*

Glatter, gelbgrauer Tumor von über Haselnussgrösse, ausgehend mit breitem Stiel vom rechten Aryknorpel, welcher nach dem genau beschriebenen Ergebniss

der histologischen Untersuchung als Product einfacher Entzündung angesehen werden muss.

F. KLEMPERER.

86) **Ahrent** (Frankfurt a. M.). **Ein seltener Fall von ödematösem Fibrom des Kehlkopfes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 147.*

Der etwa wallnussgrosse Tumor, der fast das ganze Lumen des Kehlkopfes ausfüllte, ging von der Hinterwand aus. Bemerkenswerth ist ferner, dass der Patient niemals über Athemnoth zu klagen hatte.

F. KLEMPERER.

87) **F. Massei. Die Behandlung der Kehlkopfpapillome der Kinder. (La cura dei papillomi laringei nei bambini.)** *Bollett. Malattie dell'orecchio etc. October 1907.*

Verf. wendet sich gegen die Vertheidiger der Laryngofissur in diesen Fällen; auf Grund seiner grossen Erfahrung ist er ein Anhänger der Operation per vias naturales. Er giebt eine Uebersicht über die Arbeiten, in denen er diesen seinen Standpunkt festgelegt hat.

FINDER.

88) **Hartlieb. Enchondrom des Kehlkopfes. (Enchondroma of the larynx.)** *N. Y. Medical Journal. 14. September 1907.*

Patient war ein 45jähriger Mann. Der Tumor wurde durch eine Incision von aussen aus dem Larynx unterhalb der Stimmbänder entfernt. Die Operation war erfolgreich und die mikroskopische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose.

LEFFERTS.

89) **Henry L. Swain. Bericht über einen Fall von Kehlkopfepitheliom durch Thyreotomie entfernt; kein Recidiv nach 3½ Jahren. (Report of a case of epithelioma of the larynx removed by thyreotomy and no recurrence after three and one-half years.)** *The Laryngoscope. September 1907.*

Vorgetragen auf dem 29. Jahrescongress der American Laryngological Association.

EMIL MAYER.

90) **Otto J. Stein. Fall von Kehlkopfneubildung. (Case of laryngeal neoplasm.)** *The Laryngoscope. Mai 1907.*

Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab Granulationsgewebe, während das klinische Bild für Carcinom spricht. Verf. erörtert die Nothwendigkeit einer Radicaloperation.

EMIL MAYER.

91) **Otto J. Stein. Die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose bei malignen Kehlkopferkrankungen. (The importance of an early diagnosis of malignancy of the larynx.)** *The Laryngoscope. April 1907.*

Man soll nicht warten, bis die „Lehrbuchsymptome" des Carcinoms zu Tage treten; denn wo Drüsenschwellung und Abmagerung bereits vorhanden sind, ist die Zeit für eine Laryngofissur verpasst. Vor der Entfernung von Gewebe zum Zweck mikroskopischer Untersuchung soll Patient auf die Möglichkeit vorbereitet werden, dass es nothwendig wird, radicale Maasnahmen zu ergreifen.

EMIL MAYER.

92) Perez. **Maligne Kehlkopfgeschwülste. Statistische Resultate der in Italien vorgenommenen Larynxexstirpationen. (Tumori maligni della laringe. Risultati statistici delle laringectomie praticate in Italia.)** *Aus den Atti della Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma. 1906.*

Wir erfahren aus der gründlichen über 200 Seiten umfassenden Arbeit, dass in Italien 104 Kehlkopfexstirpationen (totale und partielle) vorgenommen sind; die Mortalität der totalen beträgt 36,86 pCt., die der partiellen 18,75 pCt. Zahlreiche Tafeln sind der Arbeit beigegeben, in der auch die Durante'sche Methode der Kehlkopfexstirpation und Plastik ausführlich beschrieben ist. FINDER.

93) James J. Campbell. **Trypsinbehandlung eines Falles von maligner Erkrankung der linken Tonsille, Zungenbasis und Epiglottis. (Trypsin treatment of a case of malignant disease involving the left tonsil, base of tongue and epiglottis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Die linke Hälfte und die Basis der Zunge war von einer indurirten Masse eingenommen, die Epiglottis verdickt und der Sulcus glosso-epiglotticus ulcerirt. Die Submaxillardrüse der linken Seite war vergrössert, hart und adhärirend. Nach einigen Injectionen mit Trypsin ist deutliche Besserung des Allgemeinbefindens und des Localbefundes zu constatiren. EMIL MAYER.

94) Homer Dupuy. **Günstiger Einfluss von Trypsin in einem Falle von Kehlkopfepitheliom. (Favourable effect of trypsin in a case of laryngeal epithelioma.)** *The Laryngoscope. Mai 1907.*

Verf. gab abwechselnd Trypsin und Holadin, alles in Allem 55 Ampullen Trypsin und 290 Kapseln Holadin. Die Injectionen wurden subcutan abwechselnd an dem einen und dem andern Arme gemacht. Bereits 16 Tage nach der ersten Injection war die Geschwulst um die Hälfte verkleinert; 86 Tage nach Beginn der Behandlung war der Tumor nicht mehr sichtbar. Seit 2 Monaten ist kein Recidiv eingetreten. Das Allgemeinbefinden ist ausgezeichnet. EMIL MAYER.

95) Chevalier Jackson. **Laryngectomie wegen maligner Erkrankung. Bericht über einen Fall von Kehlkopfendotheliom. (Laryngectomy for malignant disease. Report of a case of laryngeal endothelioma.)** *Pennsylvania Medical Journal. Juni 1907.*

Verf. berichtet über 8 Fälle ohne einen Todesfall in 30 Tagen. Er sagt, es müsse den Aerzten immer wieder die Nothwendigkeit gepredigt werden, jede Heiserkeit bei einem Menschen über 30 Jahren als verdächtig zu betrachten, damit man auf Grund einer frühzeitigen Diagnose noch die Thyreotomie machen könne. Wo dies aber nicht zutrifft, sei die Totalexstirpation im Stande, das Leben um 8 Monate bis 7 Jahre zu verlängern. EMIL MAYER.

96) Harry Müller. **Beitrag zu den Unfallverletzungen des Kehlkopfes.** *Dissert. Leipzig 1906.*

M. hat aus der Literatur 60 Fälle von Kehlkopfverletzungen zusammengesucht und zwar Erschütterungen, Quetschungen, denen er zwei eigener Beobachtung aus Kayser's Poliklinik hinzufügt, Verrenkungen, Brüche, die am

häufigsten im mittleren Lebensalter vorkommen und bespricht die Aetiologie, Symptomatologie, Verlauf, Prognose und Behandlung derselben. A. ROSENBERG.

97) **Joh. Henrichsen** (Kopenhagen). **Bemerkungen über penetrirende Halsschnittwunden im Anschluss an einen Fall von Stenosis tracheae post vulnus incisum (tentamen suicidii).)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 343.*

Verf. bespricht im Anschluss an seinen Fall eingehend die pathologische Anatomie und die Behandlung der Halsschnittverletzungen. F. KLEMPERER.

98) **Patel. Völlige Durchtrennung der Membrana thyreo-hyoidea. Naht. Heilung. (Section complète de la membrane thyreo-thyroidienne. Suture. Guérison.)** *Lyon Médical. No. 5. 1907.*

Es handelte sich um eine transsternale Durchtrennung der Halsgewebe in selbstmörderischer Absicht. Es waren 2 Eingriffe nothwendig, um die Membrana thyreo-hyoidea zu schliessen. BRINDEL.

f. Schilddrüse.

99) **Reid Hunt. Die Beziehung des Jod zur Schilddrüse. (The relation of iodine to the thyroid gland.)** *N. Y. Medical Journal. 26. October 1907.*

Verf. hat nachgewiesen, dass ein enger Parallelismus besteht zwischen der Menge des in der Schilddrüse enthaltenen Jods und ihrer physiologischen Activität. Zwei Möglichkeiten sind in Bezug auf die variirende Menge des in den Schilddrüsen enthaltenen Jods vorhanden: 1. Dass eine ein bestimmtes Maass Jod enthaltende Verbindung da ist, und dass diese Verbindung in einigen Schilddrüsen in grösseren Mengen sich findet, als in anderen; 2. dass irgendwelche in den Schilddrüsen vorhandene Substanz im Stande ist, sich mit verschiedenen Mengen von Jod zu verbinden, so wie es bei vielen Fetten der Fall ist. Oswald hat diesen Gegenstand in Bezug auf das Jodothyreoglobulin erörtert. Es spricht bisher alles für die zweite Annahme, obwohl es nicht wahrscheinlich ist, dass alles Jodothyreoglobulin gleichmässig jodirt ist. LEFFERTS.

100) **W. L. Estes** und **A. B. Cecil. Beziehung des Jod zur Parathyroidea. (Relation of iodine to the parathyroid.)** *Bulletin of the John Hopkins Hospital. September 1907.*

Verff. schliessen aus ihren Versuchen: 1. Von Jod kann, allgemein gesprochen, als Constituens der Parathyreoidea abgesehen werden. 2. Wenn überhaupt anwesend, kommt Jod in so geringen Quantitäten vor, dass es keine functionelle Bedeutung hat. EMIL MAYER.

101) **E. H. Poole. Tetanie nach Exstirpation der Parathyroidea. (Tetany parathyreopriva.)** *Annals of Surgery. October 1907.*

Verf. berichtet über einen Fall, an den er eine kurze Erörterung und eine Darstellung der Anatomie der Nebenschilddrüsen anschliesst. EMIL MAYER.

102) **M. L. Ravitch. Die Schilddrüse als Factor bei der chronischen Urticaria. (The thyroid as a factor in urticaria chronica.)** *N. Y. Medical Record. 5. October 1907.*

Verf. meint, dass in vielen Fällen von chronischer Urticaria der Schilddrüsenextract als ein Specificum wirke. Manche toxämische Zustände, darunter die chronische Urticaria, kämen von Störungen der Schilddrüsenfunction her und in diesen Fällen wirke der Thyreoidextract als Antitoxin.

Verf. drückt sein Bedauern aus, dass die Thyreotherapie in Fällen von Hautkrankheiten nicht häufiger angewandt wird. LEFFERTS.

103) **A. Powell. Bemerkungen über einen Fall von Schilddrüsengeschwulst. (Note on a case of thyroid tumor.)** *Lancet. 17. August 1907.*

Eine 42jährige Frau hatte eine sehr grosse Schilddrüse mit Anfällen von Athemnoth. Die Geschwulst enthielt eine sehr grosse Cyste. Die Scheide der Carotis war in die hintere Kapsel eingeschlossen. Heilung. ADOLPH BRONNER.

104) **Wells. Vorkommniss bei der Entfernung einer grossen Schilddrüsengeschwulst. (Accident in removal of a large thyroid tumor.)** *N. Y. Medical Journal. 5. October 1907.*

Pat. bot eine grosse Struma mit Dyspnoe dar. Die Operation, die unter Localanästhesie vorgenommen wurde, ging gut von statten; Schwierigkeiten machte nur, dass die Trachea fest in dem Tumor eingebettet und ihm adhärent war, doch gelang es schliesslich, sie mit dem Finger loszutrennen. Es entstand eine venöse Blutung; Pat. hörte auf zu athmen und wurde dann nach übereinstimmendem Urtheil der anwesenden Aerzte für todt erklärt. Als jedoch die Gefässklemmen fortgenommen wurden, kam die Athmung wieder und Pat. erholte sich. Verf. ist der Ansicht, dass er mit einer Klemme den N. vagus ergriffen hatte.

LEFFERTS.

105) **A. Rivière. Ein grosser durch Thyreojodin reducirter Kropf. (A large goiter reduced by thyreoidine.)** *N. Y. Medical Journal. 16. März 1907.*

Bei dem 57 Jahre alten Patienten bestand seit vier Jahren ein grosser beide Lappen einnehmender Kropf. Es waren Symptome von Compression vorhanden. Versuchsweise wurde täglich 0,5 g Thyreojodine gegeben. Unter dieser Behandlung verkleinerte sich der Tumor allmählich, so dass er innerhalb 14 Tagen $^3/_4$ seines Umfanges verlor. Die Besserung war nach 2 Monaten noch zu constatiren.

LEFFERTS.

106) **A. E. Barker. Bemerkungen über die Entfernung der Thyreoidgeschwülste. (Notes on the removal of thyroid tumors.)** *N. Y. Medical Journal. 28. September 1907.*

Verf. operirt unter localer Anästhesie und zwar macht er das Operationsfeld bis in die tiefer gelegenen Schichten folgendermassen gefühllos: Nachdem eine Morphiuminjection dem Patienten $^1/_2$ Stunde oder 1 Stunde vor der Operation gemacht worden ist, wird das ganze Operationsgebiet mit einer Lösung von 0,2 β-Eucain, Natr. chlorat. 0,9, Sol. adrenalin 0,5, Aq. dest. 100,0 injicirt. Verf. macht

den Kragenschnitt nach Kocher. Selten wird ein Drain eingelegt; die Heilung erfolgt meist per primam. LEFFERTS.

107) **Hunt. Der wahrscheinliche Nachweis von Schilddrüsensecret im Blut bei Morbus Basedow. (The probable demonstration of thyreoid secretion in the blood in exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Juli 1907.*

Die Experimente H.'s zeigen, dass Mäuse, die mit kleinen Dosen von Schilddrüsensubstanz gefüttert wurden, eine ausgesprochene Resistenz gegen Acetonitrile zeigen. Weitere Untersuchungen erwiesen, dass man hierin ein sehr feines Reagens auf Schilddrüsensubstanz besitzt. Diese Thatsache scheint auch Licht auf die Frage zu werfen, ob bei Morbus Basedow ein Uebermass von Schilddrüsensecretion im Blut besteht. Bisher beruhte diese Annahme nur auf den klinischen Erfahrungen. LEFFERTS.

108) **William J. Chenhall** (Sydney). **Morbus Basedow. (Exophthalmic goitre.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Juni 1906.*

In dem vorliegenden sehr ausgesprochenen Fall der Erkrankung wurde ein günstiges Resultat durch Anwendung von Belladonna erzielt, das in steigenden und dann wieder fallenden Dosen verabreicht wurde. A. J. BRADY.

g. Oesophagus.

109) **H. Forssner. Die angeborenen Darm- und Oesophagusatresien.** *Anat. Hefte. Bd. 34. H. 1. S. 3.*

Reichlich zwei Drittel aller Oesophagusatresien sind mit Trachealfistel verbunden. Nur in einer geringen Anzahl von Fällen trifft die Missbildung nur den Oesophagus und ist von demselben anatomischen Bau wie die Darmatresien.

J. KATZENSTEIN.

110) **Wunsch** (Berlin). **Ueber einen angeborenen Bildungsfehler der Speiseröhre (wahrscheinlich angeborener Verschluss derselben).** *Med. Klinik. 14. 1907.*

Ein neugeborenes Kind, das zwar saugen und schlucken kann, bricht unmittelbar nach dem Schlucken die Milch wieder aus und geht an Entkräftung am 5. Lebenstage zu Grunde. Section verweigert. Die Sonde stösst 15 cm (von den Lippen an gerechnet) auf ein unüberwindliches Hinderniss, höchst wahrscheinlich angeborener Verschluss der Speiseröhre. SEIFERT.

111) **W. Ayres. Fall von prolongirter Retention von Nahrung in einem Speiseröhrendivertikel. (A case of prolonged retention of food in an oesophageal pouch.)** *Lancet. 6. Juli 1907.*

Bei einer 38jährigen Frau, die an Phthise litt, expectorirte Theile einer Speise, die sie nachweislich vor 6 Wochen gegessen hatte. ADOLPH BRONNER.

112) **W. Lerche. Diffuse Dilatation des Oesophagus ohne anatomische Stenose. (Diffuse dilatation of the oesophagus without anatomical stenosis.)** *N. Y. Medical Journal. 19. October 1907.*

Verf. meint, man solle diejenigen Fälle unterscheiden, in denen die Atonie primär ist und der Dilatation und dem Spasmus vorausgehe und diejenigen, wo

der Cardiospasmus das Primäre ist. Richtig ist, dass normaliter die Cardia sich leicht für die aus dem Oesophagus kommenden Speisen und Getränke öffnet, jedoch nur mit Schwierigkeit in umgekehrter Richtung. Wächst der Widerstand der Cardia, so bleibt ein Theil der heruntergeschluckten Flüssigkeit in der Speiseröhre und secundäre Veränderungen der Oesophaguswand steigern die Umstände, durch die die Dilatation hervorgebracht wurde.

LEFFERTS.

113) **Nove-Josserand** und **A. Sargnon. Doppelte impermeable Narbenstenose des Brusttheils des Oesophagus. (Double stenose cicatricielle infranchissable de l'oesophage thoracique.)** *Lyon médical. 6. October 1907.*

Es handelt sich um ein Kind, bei dem nach Ingestion einer ätzenden Flüssigkeit im Jahre 1901 eine Narbenstenose sich entwickelte, so dass man nach sechs Monaten zur Gastrostomie schreiten musste. Im Jahre 1907 kam Pat. wieder ins Krankenhaus; er ernährte sich weiter durch die Magenfistel, die Speiseröhre blieb jedoch impermeabel. Verff. unternahmen nun unter Lokalanästhesie eine Reihe von Untersuchungen und Maassnahmen auf ösophagoskopischem Wege. Sie stellten fest, dass in Höhe ungefähr der Clavicula eine erste Verengung in Form eines Diaphragma vorhanden war. Mittels der Untersuchung mit dem Sargnon'schen Tracheoskop fanden sie dann eine zweite Verengung ungefähr 10 cm von der ersten entfernt. Es wurde in allgemeiner Narkose unter Leitung des Oesophagoskops eine Oesophapotomia interna in Höhe der ersten Stenose gemacht und die Oeffnung successive mit dem Sargnon'schen Bougie und schliesslich Nélatonbougies, die in das stärkste ösophagoskopische Rohr gesteckt waren, erweitert. So gelangte man im Lauf von 3 Monaten bis zum Niveau der zweiten Verengung. Jetzt konnte Pat. einen Faden hinunterschlucken, dessen Enden geknotet waren; dies wurde von da ab zur retrograden Dilatation benutzt, indem man zuerst Knoten von wachsender Dicke machte, dann einen Drain daran fixirte. Heute macht Pat. die retrograde Dilatation selbst und ist auf dem Wege der Besserung.

Der Fall zeigt, was man heute mittels der ösophagoskopischen Methoden, die zuerst mit von Sargnon in Frankreich eingeführt wurden, erreichen kann.

GONTIER de la ROCHE.

114) **Tuchendler. Ein Fall von einem in den Oesophagus eingeklemmten Fremdkörper. (Przypadek polkniecia szczeki sztucznej.)** *Pam. Tow. Lek. 1907.*

Es handelt sich in diesem Falle um ein künstliches Gebiss mit 3 Zähnen, welches von einem 18jährigen jungen Mann verschluckt und derart im Oesophagus eingeklemmt war, dass sogar eine dicke Sonde leicht passiren konnte. Erst mittelst der Oesophagoskopie wurde der genannte Fremdkörper richtig erkannt und Oesophagotomie vorgeschlagen. Vor deren Ausführung glitt jedoch der Fremdkörper von selbst in den Magen und wurde später per vias naturales entfernt

A. v. SOKOLOWSKI.



V. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Lambert Lack** (London). **Die Krankheiten der Nase und ihrer Nebenhöhlen. (The diseases of the nose and its accessory sinuses.)** (Longmans Gram and Co.

Das Buch ist in 24 Kapitel eingetheilt; eine allgemeine Idee von Zweck und Wesen des Werkes wird durch die Angabe von deren Titeln gegeben werden: 1. Anatomie. 2. Untersuchung. 3. Allgemeine Betrachtungen über Behandlung, 4. Nasenverstopfung; ihre Symptome und Wirkungen. 5. Allgemeine Betrachtungen über Symptome nasaler Erkrankungen. 6. Fremdkörper; Rhinolithen. 7. Erkrankungen des Septum. 8. Acute Endzündungen der Nase. 9. Chronische Entzündungen. 10. Atrophische Rhinitis oder Ozaena. 11. Nasenpolypen. 12. Chonische Infectionskrankheiten. 13. Tumoren der Nase und der Nebenhöhlen. 14. Nasale Neurosen. 15. Eiterungen in den Nebenhöhlen der Nase. 16. Acute Nebenhöhleneiterung. 17. Die Symptome der chronischen Nebenhöhleneiterungen. 18. Die Diagnose der chronischen Nebenhöhleneiterungen. 19. Die Behandlung der Nebenhöhleneiterungen. 20. Behandlung der chronischen Siebbeineiterung. 21. Behandlung der chronischen Stirnhöhleneiterung. 22. Behandlung der Keilbeinhöhleneiterung. 23. Mucocelen der Nebenhöhlen. 24. Affectionen des Nasenrachenraums.

Von vornherein ist zu sagen, dass das Werk originell und interessant ist. Die Ansichten Anderer sind ausführlich wiedergegeben und wo Verf. über gewisse Dinge eigene Anschauungen hat, sind diese, gleichgültig ob wir ihnen zustimmen oder nicht, gut durchdacht und logisch wiedergegeben. So wird man seine Beobachtungen über die Wirkungen der Nasenverstopfung auf die Kiefer (S. 61 und folgende) sehr interessant finden. Kurz gesagt, scheint er die Veränderungen der Kiefer auf eine Compression von der Seite her zurückzuführen, die er als Resultat des bei geöffnetem Munde von den Weichtheilen der Wange ausgeübten gesteigerten Zugs betrachtet. Bei Ozaena räth Verf. zu Tamponade mit Cyanidgaze, die verschieden lange Zeit hindurch Tag und Nacht fortgesetzt werden muss. Seine Bemerkungen über den Gegenstand sind etwas vager Natur, doch scheint es fast, als ob er sich eine permanente Heilung von dieser Methode verspreche; und doch sagt er zum Schluss, dass natürlich das Ausspritzen noch regelmässig fortgesetzt werden müsse. Das ist ein Punkt von Bedeutung, denn wir besitzen zahlreiche Mittel, zu einem Resultat zu gelangen, wenn durch regelmässiges Ausspritzen der Foetor fortgehalten wird. Bei der Behandlung multipler Nasenpolypen mit ausgedehnter Knochenerkrankung räth Verf. zum Gebrauch der Meyer'schen Curette — ein Verfahren, das mancher für gefährlich halten dürfte.

In Kapitel XV wirft Verf. die sehr interessante Frage auf, wie wir die so viel grössere Häufigkeit der post mortem gefundenen entzündlichen Nebenhöhlenerkrankungen mit unseren klinischen Erfahrungen in Einklang bringen können. Der Raum verbietet uns, ihm in der sehr interessanten Erörterung dieses Themas hier zu folgen. Doch sei es gestattet, folgenden Satz zu citiren: „Das Vorhandensein von Flüssigkeit braucht nur einen geringfügigen Catarrh zu bedeuten, der mit der Genesung des Patienten völlig hätte verschwinden können oder es kann

allein einen Verlust der Ciliarthätigkeit bedeuten". In demselben Kapitel sagt Verf., dass seiner Ansicht nach die Ciliarthätigkeit im Allgemeinen das Antrum davor schützt, dass aus anderen Höhlen kommender Eiter in dasselbe eindringt. Kapitel XIX lohnt ein sorgfältiges Studium. Referent freut sich, zu finden, dass Verf. als Behandlungsmethode bei Antrumempyem die Eröffnung vom Alveolarfortsatz aus zu begünstigen scheint — ein werthvolles Verfahren, das in Gefahr ist, durch neuere Methoden in den Hintergrund gedrängt zu werden. Bei Siebbeinerkrankung räth L., wenn sie ausgedehnt ist, zur Curettage unter allgemeiner Narkose. Kapitel XXI. enthält einen recht ausführlichen Ueberblick über die modernen Behandlungsmethoden bei Stirnhöhleneiterung. Wir können nicht umhin, zu glauben, dass Kap. XXIII u. XXIV vortheilhafter Weise hätten ausgedehnt werden können und dass der Titel der letzteren besser anders gelautet hätte. So können wir unter keinen Umständen eine Vergrösserung der mittleren Muschel infolge Bestehens einer grossen mit Luft gefüllten Höhle als Mucocele ansehen; und doch findet, falls wir recht verstehen, dieser Zustand seine einzige Erwähnung unter der Bezeichnung „Mucocele". Ferner stellt eine Seite gewiss nicht den genügenden Raum das für die Behandlung der Nasenrachenaffectionen ausser den adenoiden Vegetationen. Sollte eine Neuauflage erforderlich werden, so müssten diese Kapitel erweitert oder neue hinzugefügt werden, um das Werk für Specialisten oder selbst für den Practiker nützlich zu machen.

Einer Revision bedürfen auch die Literaturangaben. „Um die Nützlichkeit des Buches zu vermehren, habe ich an das Ende jedes Kapitels eine kurze Bibliographie gefügt, die Angaben über die wichtigsten neueren Beiträge zu dem behandelten Thema enthalten. Es ist durchaus danach gestrebt worden, diese Liste so kurz wie möglich zu gestalten und in ihr nur das aufzunehmen, was der Student, der weitere Kenntniss oder mehr Einzelheiten über einen speciellen Punkt sucht, mit Vortheil zu Rathe ziehen kann", sagt Verf. in der Vorrede. Es will uns nicht erscheinen, als ob dieses Ziel immer ganz erreicht ist. So vermissen wir bei den malignen Erkrankungen den Namen Moure's, dessen Operation als werthvolle Methode anerkannt ist, um zu den Tumoren der Siebbeinregion Zugang zu bekommen. Ferner sollte man erwarten bei den nasalen Reflexneurosen die Namen Fliess und Kuttner zu finden. Am Schluss des Abschnitts über Heufieber müssten wir eigentlich erwarten, einen Hinweis auf Dunbar's Werk zu finden, ob der Verf. nun damit übereinstimmt oder nicht u. s. w. Ferner wird uns in der Vorrede grösste Genauigkeit in den Literaturangaben zugesagt. In einigen Fällen ist diese Genauigkeit jedoch nicht erreicht worden. So wird bei der Kupferelectrolyse behauptet, dass „Mc. Bride 5 Heilungen in 6 Fällen berichtet". Thatsächlich hat sich Ref. sorgfältig vor dem Ausdruck „Heilung" gehütet und festgestellt, dass nur Fälle auf lange, bis zu 18 Monaten reichende Zeit hinaus im practischen Sinne als geheilt zu betrachten sind. Ferner sind auf S. 341 sieben Zeilen der Kuhnt'schen Stirnhöhlenoperation gewidmet und fast drei davon enthalten die Behauptung, dass „er dann den nasalen Theil des Bodens entfernt, indem er das Infundibulum und die vorderen Siebbeinzellen curettirt, um so eine freie Communication nach der Nase zu schaffen". Wie kann Lack diese Angabe in Fühlung bringen mit folgenden, dem Kuhnt'schen Buch

(S. 211) entnommenen Sätzen?: „Eine völlige Ausschabung zumal in der unteren Hälfte strebe ich hier absichtlich nicht an, weil die Drainirung der Wundhöhle meiner Meinung nach besser nach aussen zu geschehen hat, als nach der von Mikroorganismen aller Art förmlich wimmelnden Nasenhöhle" und weiter S. 214: „Eine breite Communication der grossen Wundhöhle mit der Nase schien mir durchaus nicht erwünscht, weil die letztere, wie bekannt, nicht mikroorganismenfrei zu halten und demgemäss eine Infection der Wundhöhle nicht auszuschliessen gewesen wäre".

Ich möchte meine Kritik mit einem Blick auf den allgemeinen Inhalt des Buches schliessen. In einer künftigen Ausgabe sind ausser den bereits hervorgehobenen noch einige Umänderungen wünschenswerth. So finden wir unter der Ueberschrift: „Allgemeine Betrachtungen über einige Fragen betreffend Nasenerkrankungen" in Kapitel V Rhinitis caseosa, Ansaugen der Nasenflügel, Epistaxis, Anosurie, Parosurie und Hyperosurie erörtert, so dass die Ueberschrift wohl kaum passt. Bei dieser Gelegenheit möchten wir bemerken, dass Verf. gleich vielen anderen Autoren bei Nasenbluten räth, den Patienten niederzulegen; Ref. bevorzugt stets, so weit es möglich ist, die aufrechte Haltung, da sie zweifellos berechtigter ist und einer Congestion zum Kopf Vorbeuge leistet. Kapitel VII, das von den Erkrankungen des Septum handelt, ist ausgezeichnet und wenn auch die submucöse Resection beschrieben ist, so betrachtet Verf. sie doch keineswegs als einzige Methode zur Behandlung von Verbiegungen. Die meisten der angewandten Methoden sind nicht nur sorgfältig beschrieben, sondern auch kritisch beleuchtet. Auf S. 309 wird gesagt, die Durchleuchtung der Stirnhöhle habe keinen practischen Werth. Thatsächlich hat sie nach den Erfahrungen des Ref. keinen Werth für die Diagnose, jedoch für die Bestimmung des Vorhandenseins und der Grösse des Sinus, eine Thatsache, die übrigens — falls wir nicht missverstehen — auch von Kuhnt hervorgehoben wird.

Im Ganzen müssen wir wiederholen, dass das Buch gut und originell ist. Der Verf. hat augenscheinlich eine grosse Literaturkenntniss, wenngleich wir der Ansicht sind, dass er in der Wahl der bibliographischen Angaben, die jedem Kapitel angehängt sind, nicht immer glücklich gewesen ist. Die Illustrationen sind zum grossen Theil ausgezeichnet und das Buch ist gut ausgestattet. Schliesslich wünscht der Ref. dem Buch, dass es schnell eine zweite Auflage erreiche, in der dann Titel und Inhalt einiger Kapitel einige Aenderungen erfahren mögen.

P. Mc. Bride.

---

b) 79. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Dresden.

Bericht über die Abtheilung 23 (Hals- und Nasenkrankheiten) - zugleich Bericht über die Verhandlungen der deutschen laryngologischen Gesellschaft.

Gemeinsame Tagung vom 16. bis 18. September 1907.
Erstattet von H. Paulssen (Dresden).

Einführende: R. Hoffmann (Dresden).
M. Mann (Dresden).
Schriftführer: W. Haenel (Dresden).
H. Paulssen (Dresden).

1. Sitzung den 16. September, Nachmittags.

Begrüssung durch den I. Einführenden R. Hoffmann (Dresden).

R. Hoffmann dankt der deutschen laryngologischen Gesellschaft, dass sie sich an die Abtheilung 23 angeschlossen hat und ihre Sitzungen mit den Abtheilungssitzungen vereinigt hat. Er gedenkt ferner des verstorbenen Dresdener Halsarztes Beschorner. Auf Hoffmann's Vorschlag sollen sämmtliche Vorträge ausführlich in den Verhandlungen der deutschen laryngologischen Gesellschaft erscheinen.

Da M. Schmidt (Frankfurt) ablehnt, wird B. Fränkel (Berlin) zum Vorsitzenden gewählt.

1. Kuttner (Berlin): „Kehlkopftuberkulose und Gravidität.“

Es liegen ca. 230 Fälle von Kehlkopftuberkulose vor. Nur 16 von diesen Frauen überstanden aus eigener Kraft Schwangerschaft und Entbindung und auch von diesen überlebten 3 die Entbindung nur um $1-1^1/_2$ Jahre. Auf Grund des Materials kommt Ref. wiederum zu seinen früheren Schlussfolgerungen: 1. Dass man jede an tuberkulöser Kehlkopfaffection leidende oder auch nur verdächtige Frau eindringlichst vor der Conception warnen müsse, da diese für sie ungemein gefährlich sei. 2. Dass man in allen Fällen, wo die Frau die Gefahren der Schwangerschaft und Entbindung nicht aus eigener Kraft überstehen kann, möglichst frühzeitig den Abort einleiten soll, vorausgesetzt, dass dieser die einzige Möglichkeit und auch eine gewisse Gewähr für die Rettung der Frau giebt.

Im Anschluss hieran verliest Kuttner die vom abwesenden zweiten Referenten Löhnberg aufgestellten Thesen:

1. Die bisherigen Erfahrungen berechtigen nicht, in Fällen von Kehlkopfschwindsucht der Schwangeren die grundsätzliche Forderung (Indication) des künstlichen Abortes aufzustellen.

2. Die Frage des künstlichen Abortes kann weder vom laryngologischen noch vom gynäkologischen Standpunkt aus entschieden werden, sondern gehört in das Gebiet der ärztlichen Ethik.

3. Für die grundsätzliche Regelung muss die Auffassung Calker's maassgebend sein: Die Abtreibung und Tötung der Frucht kann nicht zugelassen werden lediglich zu dem Zweck, die Gefahr für die Mutter zu vermeiden oder ihre gesundheitlichen Interessen zu schützen, sondern vielmehr zum Zwecke, das Leben der Mutter zu retten.

Discussion:

Gerber (Königsberg) steht auf Grund seines eigenen Materials auf Kuttner's Standpunkt und räth, wie er schon früher gethan hat, die Verhütung der Conception als einzig wirksames prophylaktisches Mittel den in Frage kommenden Kreisen anzuempfehlen.

Imhofer (Prag) ist gegen principielle Tracheotomie bei graviden Kehlkopftuberkulösen.

Joel (Görbersdorf) tritt für energische Behandlung der Kehlkopftuberkulose während der Schwangerschaft mit dem Galvanocauter ein.

Kayser (Berlin) räth zur Fortsetzung der in jüngster Zeit angestellten Thierversuche, um den Einfluss der Gravidität auf die Tuberkulose zu prüfen, die bis jetzt negativ verliefen. Er ist gegen eine Beschlussfassung betr. der Abmahnung der Conception bei Larynxtuberkulose.

Kuttner: Schlusswort:

Zu den Thesen Löhnberg's führt Kuttner an, dass er zwar mit Löhnberg die Abschätzung des Werthes des mütterlichen Lebens gegenüber demjenigen des Kindes für die sittliche Aufgabe des Arztes halte, dass aber doch in jedem Einzelfall der Arzt mit seiner Prognose für Mutter und Kind das letzte Wort sprechen muss. Zu Calker's Auffassung steht seine eigene nicht im Widerspruch, da er den Abort nur da verlangt, wo man fürchten muss, dass die Mutter durch den weiteren Verlauf der Schwangerschaft zu Grunde gerichtet wird, und er lasse ihn andererseits nur zu, wenn er die einzige Möglichkeit und zugleich eine gewisse Gewähr für die Rettung oder wenigstens für eine befriedigende Besserung der Mutter biete. Der Galvanokaustik der tuberkulösen Infiltrate während der Schwangerschaft, wie sie Joel vertritt, bringt Kuttner wenig Vertrauen entgegen. Die endolaryngeale Behandlung habe überhaupt fast niemals einen nennenswerthen Erfolg auf den traurigen Ausgang haben können.

Imhofer (Prag) erwidert Kuttner, dass die Suffokation nur selten eintritt.

2. B. Fränkel (Berlin): Demonstration von Carcinompräparaten des Oesophagus, Pharynx, Larynx und der Nebenhöhlen.

3. Gerber (Königsberg): Complication der Stirnhöhlenentzündung.

Gerber beobachtete selbst bei 493 Stirnhöhlenaffectionen, wovon 71 radical operirt wurden, 24 Complicationen, d. h. 5 pCt.

Im Ganzen fand er in der Literatur 473 Complicationen:

1. 25 Fälle von Periostitis, darunter 15 mit Augenerscheinungen, 2 mit Erblindung.

2. 257 Fälle von Caries und Nekrose und zwar 16 mal subperiostaler Abscess, 7 mal Freiliegen der Dura, 53 mal Hirncomplicationen, 62 Augensymptome überhaupt, 1 mal Freiliegen des Bulbus, 63 mal Dislocatio bulbi, 5 mal Erblindung.

3. Dilatationen durch Empyeme sind 18 beschrieben worden; Cysten, Hydrops und Mucocelen 109, also Sinusitis cum dilatatione 137. Augensymptome hierbei ohne nähere Angabe 35, Dislocatio bulbi 42, Erblindung 3, Verschluss des Ductus nasofrontalis 6.



4. Osteomyelitis, soweit sie durch Höhleneiterung bedingt wird, ist erst in neuerer Zeit beschrieben worden, es sind 19 Beobachtungen mitgetheilt. Es giebt eine circumscripte und diffuse Form, die letztere fast absolut infaust (7 Heilungen, 12 Todesfälle).

5. Intracranielle Veränderungen: 28 Extraduralabscesse, 104 Fälle von Hirnabscess und Meningitis, diejenigen, die Gerber als postoperative Complicationen ansieht, sind hier nicht eingerechnet (31), Thrombose und Pyämie nach Sinuseiterungen 13.

6. Augencomplicationen fand Gerber 114.

7. Was das histologische Ergebniss bei den Complicationen anlangt, so fand Gerber in verschiedenen Fällen Umwandlung der Schleimhaut in Granulationsgewebe, sowie Zeichen von Ulceration und Zerfall, Erscheinungen, die denen am Knochen correspondiren resp. sie einleiten.

8. Seine 70 bakteriologischen Befunde von Nebenhöhleneiterungen zeigen ein Vorherrschen des Streptococcus pyogenes. Wichtig ist das auffallend häufige Hinzutreten des Staphylococcus bei den mit Complicationen einhergehenden Fällen, wie das auch schon von Werner constatirt wurde.

Nach alledem können die Complicationen nicht mehr als vereinzelte und die Stirnhöhleneiterungen nicht mehr als absolut gefahrlos bezeichnet werden. Die Stirnhöhlenoperation nach Killian (und Kuhnt) ist — wenn gut und nicht kühner als nöthig ausgeführt — als gefahrlos zu bezeichnen. Noch gefahrloser wie früher wird sie durch vorhergehende Röntgenaufnahmen.

Im Anschluss an den Vortrag Demonstrationen von Röntgenaufnahmen kranker Nebenhöhlen, Kiefercysten etc., aufgenommen von Kiewe und Ascher.

Discussion:

R. Panse (Dresden) zeigt eine Curve von chronischer rhinogener Meningitis, die sich über 10 Monate erstreckt.

Hajek (Wien) hält die Complicationen der Stirnhöhlenentzündungen nach seiner Erfahrung für ziemlich selten. Die Sinusitis frontalis cum dilatatione fasst er auf als Mucocelen, die durch spätere Infection eitrig werden. Eiterungen machen periostale Processe und keine Dilatationen. Er erkennt ferner einen von Gerber selbst als Knochencomplication beschriebenen Fall nicht als solchen an, da es sich hier um einen Durchbruch einer syphilitischen Nekrose der Vorderwand der Stirnhöhle in die Höhle hinein handelt. Mit demselben Recht könnte man dann ein Epitheliom der Stirnhaut, das bei seinem Fortschreiten in die Tiefe auch in die Höhle durchbricht, als Complication einer Sinusitis frontalis auffassen.

Chiari (Wien) empfiehlt die Röntgendurchleuchtung zur Feststellung der Ausdehnung der Stirnhöhle und ihrer Recessus vor der Operation als sehr zuverlässig.

Kuttner (Berlin) hält die Complicationen im Verhältniss zu den uncomplicirten Fällen für gering und ebenso wie die Todesfälle nur sehr schwer feststellbar. K. empfiehlt den Ausführungsgang der Stirnhöhle endonasal freizumachen und dann abzuwarten.

Gerber (Königsberg) wiederholt nochmals, dass die Zahl der Complicationen nach seinen Feststellungen grösser ist, als man bisher annahm. Das Verhältniss

der complicirten zu den uncomplicirten Fällen festzustellen sei schwer, werde sich aber machen lassen, wie er es an seinem eigenen Material gethan habe. Seine Operationsziffern zeigen, dass er kein wüthiger Operateur sei. Im Uebrigen verweist er auf seine spätere Arbeit.

4. Hajek (Wien): Ueber Indication zur operativen Behandlung der chronischen Stirnhöhlenentzündung.

Es besteht wohl keine Meinungsdifferenz, dass bei chronischen Stirnhöhlenentzündungen Fälle mit Erkrankung des Knochengerüstes und Verdacht auf cerebrale Complication von aussen radical operirt werden müssen. Uneinigkeit in der Indicationsstellung für operative Eingriffe besteht dagegen bei den Fällen, in welchen das ganze Symptomenbild von Kopfschmerzen und der eitrigen Secretion in der Nasenhöhle beherrscht wird. H. unterscheidet hier drei Kategorien:

1. Wenige Fälle, bei welchen schon kurze Zeit nach der endonasalen Behandlung völlige Heilung eintritt.

2. Viele Fälle, bei welchen nach der endonasalen Behandlung wohl der Kopfschmerz und Druck, sowie die Klopfempfindlichkeit der Stirnhöhlenwandungen aufhört, nicht aber der eitrige oder schleimig eitrige Ausfluss.

3. Viele Fälle, bei welchen nach der endonasalen Behandlung weder der Kopfschmerz noch die Secretionsanomalie aufhört.

Für Gruppe 2 und 3 ist der Zeitpunkt, an welchem ein radikaler Eingriff gemacht werden soll, strittig. H. steht auf dem Standpunkt, bei der 2. Gruppe ruhig Wochen und Monate abzuwarten, da diese Erkrankungen noch nach Jahren spontan zur Ausheilung kommen können.

Die Furcht vor der cerebralen Complication ist entschieden übertrieben. Man muss aber dem Kranken vorhalten, dass er noch nicht gesund und von Zeit zu Zeit untersucht werden muss. Was die Technik der Entfernung der mittleren Muschel anlangt, so ist es angezeigt, die mittlere Muschel ein gutes Stück vom vorderen Ansatz abzulösen. H. reisst dann den noch stehen gebliebenen Rest mit seinem Haken abwärts, wodurch es gelingt den Ductus nasofrontalis zu entlasten. Die Radicaloperation der Stirnhöhle ist nicht als harmloser Eingriff zu bezeichnen, es sind H. 6 Todesfälle (nach Killian'scher Operation von uncomplicirten Fällen) bekannt, publicirt davon ist einer. Es ist sehr nothwendig, dass derartige Misserfolge veröffentlicht werden, um eine weitere Verständigung auf dem Gebiete der Indicationsstellung zu ermöglichen.

Discussion:

Gerber (Königsberg) betont, dass auch er uncomplicirte Fälle nur dann radical operirt habe, nachdem sie Monate und Jahre lang bestanden hatten. G. kennt 36 Todesfälle nach der Operation, hält aber die Operation nach eigener Erfahrung nicht für gefährlich.

M. Mann (Dresden) fragt an, wie sich Vortragender zu den Fällen von Stirnhöhleneiterung stellt, die keine Complication bieten, als dass sie trotz sorgfältiger Behandlung stark eitern, üblen Geruch verbreiten und die Kranken selbst zur Operation drängen.

Löwe (Berlin) bestreitet die specifische Gefährlichkeit der Stirnhöhlen-

operation und hält die Art, in der H. die Indication zu finden sucht, aus der practischen Erfahrung heraus nicht für die richtige. Auch H. würde operiren, wenn ein Zwischenraum von einem Jahr verstrichen sei, ohne dass die Eiterung aufgehört habe.

Heymann (Berlin) erwähnt einen Fall von Kieferhöhleneiterung, der spontan nach 4 Jahren heilte.

Barth (Leipzig) lässt bei zweifelhaften Fällen, ob operiren oder nicht, nach eingehender Klarlegung der Heilungsaussichten den Patienten selbst mit entscheiden.

Kuttner (Berlin) betont Gerber gegenüber, dass ausser den in der Literatur bekannten 31 Todesfällen noch viele zur Beurtheilung der Gefährlichkeit in Betracht kommen, die nicht veröffentlicht sind. Er hält die Heilungschancen bei Radicaloperation für so ungünstig, dass man sich nur schwer dazu entschliessen kann, wenn nur die Eiterung zum Aufhören gebracht werden soll.

Barth (Leipzig), Kümmel (Heidelberg).

Reinking (Breslau) empfiehlt, dem Patienten mitzutheilen, dass eine Complication sehr unwahrscheinlich ist, dann wird dieser auch nicht zur Operation drängen.

Hajek (Schlusswort) wünscht den Patienten den Ernst des Eingriffs nicht ganz zu verhehlen, was die voraussichtliche Heilung anlangt, so ist sie wahrscheinlich, aber nicht sicher.

7. Hajek (Wien): Ueber üble Zufälle bei Punction der Kieferhöhle.

Im ersten Fall trat bei einem 66jährigen Arteriosklerotiker im Momente der Kieferhöhlenpunction (vom unteren Nasengange aus) eine Apoplexie auf.

Der zweite Fall betraf eine Frau mit subacutem Empyem der Kieferhöhle. Die Punction ging hier anstandslos von statten. Bei Durchpressen der Luft entwichen deutlich Luftblasen aus der Nase. Die nachfolgende Durchspülung gelang jedoch nicht in Folge eines unüberwindlichen Widerstandes. Die Kranke bekam am nächsten Tage Schüttelfrost mit 40° C., am nächsten Tag wieder Schüttelfrost, an der linken Schläfe, an der Seite der Punction, eine pastöse Schwellung mit einer stark gefüllten Vene. Am dritten Tage abermals Schüttelfrost mit sehr heftiger Schwellung des linken Handgelenks, also eine metastatische Entzündung. Die Kranke wurde nun im Sanatorium aufgenommen. Ich eröffnete die linke Facies canina und konnte folgenden Befund erheben. Die stark geschwellte Schleimhaut unter der Facies canina wurde durch einen subperiostalen Abscess so stark abgehoben, dass das Lumen der Kieferhöhle vollständig verschwunden war, die Kieferhöhle war spaltförmig gebildet, in Folge gleichzeitigen Vorhandenseins einer starken Ausbuchtung der äusseren Wand des unteren Nasenganges und Suppression der Facies canina. Nach Entleerung des Abscesses mit Herstellung des Kieferhöhlenlumens wurde letzteres drainirt. Die metastatische Entzündung des Handgelenkes ging nach Wochen spontan zurück und die nach mehreren Wochen vorgenommene Radicaloperation der Kieferhöhle stellte wieder normale Verhältnisse her.

In dem geschilderten Falle passirte zweifellos folgendes: Die Nadel drang durch die sehr verengte Kieferhöhle sofort in die geschwellte Schleimhaut unter der Facies canina, inficirte das subperiostale Gewebe und es entstand da ein Abscess. Der unter grosser Spannung befindliche Eiter inficirte eine perforirende Vene und es kam zuförderst zu einer pastösen Schwellung der linken Wange. Von hier aus entstand die metastatische Entzündung des Handgelenks. Wie kam es aber, dass während der Punction die durchgepresste Luft durch die Nase kam? Offenbar war dies eine Täuschung, darauf beruhend, dass in Folge der raschen Verengung der Nasenhöhle durch die unterminirte Schleimhaut der Facies canina der Inhalt der Kieferhöhle in den mittleren Nasengang gepresst wurde.

Discussion:

Chiari (Wien) räth durch hebelnde Bewegung an der eingestochenen Nadel festzustellen, ob die Spitze wirklich im Lumen der Kieferhöhle sich befindet. Steckt sie in der Schleimhaut, so ist die Spitze entweder unbeweglich oder ihre Bewegung schmerzhaft.

M. Schmidt (Frankfurt) hat zweimal Anschwellungen der Wange und der Lider gesehen auf Einspritzungen zur Ausspülung der Kieferhöhle, ohne schlimme Folgen. Ferner trat bei Lufteinblasung in eine hintere grosse Siebbeinzelle momentanes Zusammensinken des Patienten mit completter Lähmung der linken Körperhälfte auf, welche nach einigen Stunden, ohne weitere Folgen zu hinterlassen, wieder verschwand.

B. Fraenkel (Berlin) sah nach Ausspülung vom mittleren Nasengange aus eine Abscessbildung in der betreffenden Wange.

Kümmel (Heidelberg) beobachtete auch bei einem Fall von malignem Tumor der Siebbeingegend nach Lufteinblasung in die Stirnhöhle transitorische Hemiplegie und in zwei Fällen bei ähnlicher Einblasung langdauernden Bewusstseinsverlust ohne sonstige Symptome.

Imhofer (Prag) fragt an, ob der Vortragende seine Ansichten über die Gefährlichkeit der Punction vom mittleren Nasengange (Nähe der Orbita), wie sie in seinem Lehrbuche niedergelegt sind, geändert habe.

Kayser (Breslau) hat auch nach Punction vom unteren Nasengang bei einer Dame sofort Ohnmacht mit Krämpfen und Bewusstlosigkeit eintreten sehen, die 36 Stunden dauerte und wohl als hysteroepileptischer Anfall anzusehen ist. Wenn aus der Canüle Blut kommt, so ist zu empfehlen, nicht von aussen Luft einzublasen, sondern durch Valsalva'sche Methode Luft von Innen nach Aussen zu treiben, wobei die Flüssigkeit resp. Eiter leicht herauskommt.

Hajek (Wien) Schlusswort: Der mittlere Nasengang ist wegen der hier vorhandenen Anomalie (Annäherung der äusseren Wand an die untere orbitale Wand) nicht sehr zu empfehlen. Mittelst einer gebogenen Nadel kann man indess diese Gefahr vermeiden.

6. Heymann (Berlin): Ueber Theilung von Nebenhöhlen.

Demonstration von 10 Präparaten von getheilten Stirnhöhlen, eines Präparates von getheilter Kieferhöhle.

R. Hoffmann demonstrirt im Anschluss hieran zwei Präparate von getheilter Keilbeinhöhle. Die Hirnmulde war in dem gezeigten Falle doppelseitig.

Abends im Krankenhaus Friedrichstadt:

7. M. Mann (Dresden): Demonstration von tracheo-bronchoskopischen Fällen.

Vorstellung tracheo-bronchoskopischer Fälle im Stadtkrankenhaus Dresden-Friedrichstadt am 16. September 1907.

1. Julius M., 60 Jahre alt, seit 5. Februar 1906 in Behandlung, wurde bereits am 19. Januar 1907 in der hiesigen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde vorgestellt. Etwa vor Jahresfrist wurde mit Hülfe der Killian'schen Bronchoskopie ein Tumor im rechten Hauptbronchus gefunden, ein Stück davon excidirt und mikroskopisch die Diagnose Bronchialcarcinom festgestellt.

Das Befinden hat sich allmählich verschlechtert. Patientin hat monatelang Blut gehustet, ist sehr heruntergekommen. Percussion und Auscultation ergab damals völlig negativen Befund. Auf der Röntgenplatte keine Spur von Tumor, zur Zeit Dämpfung rechts vorn von III. Rippe ab, rechts hinten von Mitte der Scapula ab Athmung darüber fast aufgehoben. Im 9 mm Rohr sieht man jetzt einen himbeerartigen Tumor aus dem rechten Bronchus hervorragen, der die Carina verdeckt und zum Theil auch in den Eingang des linken Bronchus hinüberragt.

2. Herrmann M., 21 Jahr alt. In's Krankenhaus aufgenommen am 5. December 1906. Bei der Aufnahme starker in- und exspiratorischer Stridor. Im 15/10 mm Tubus sah man $22^1/_2$ cm von der Zahnreihe entfernt eine sagittal gestellte schlitzförmige Verengung von höchstens 4 mm Durchmesser.

Die Trachealwand war nahezu symmetrisch auf beiden Seiten nach innen gedrängt.

Es wurde damals durch Ausschliessung aller anderen Möglichkeiten eine tuberculöse Infiltration der peritrachealen Lymphdrüsen angenommen.

Das Befinden des Patienten war bisher sehr wechselnd. Bei wiederholt auftretenden Bronchialkatarrhen trat plötzlich Fieber bis 40^0 ein und hochgradige Athemnot, — aber immer erholte er sich wieder.

Vor 4 Wochen plötzlich Dämpfung links hinten unten. Darüber abgeschwächtes Athmen; Fieber, schlechtes Allgemeinbefinden. Die Probepunktion ergab seröses Exsudat mit einigen weissen Flöckchen. Die Flöckchen enthielten Tuberkelbacillen. (Path. Institut Prof. Schmorl.) Damit war die früher gestellte Wahrscheinlichkeitsdiagnose gesichert.

Das Exsudat bildete sich rasch zurück; Patient erholte sich, hat 13 Pfund an Körpergewicht zugenommen. Im 9 mm Rohr sieht man noch deutlich die Stenose — gegen früher an Aussehen sehr verändert. Die rechte Wand der Trachea verläuft fast senkrecht, nur die linke springt sichelförmig vor. Das Lumen ist jetzt ziemlich rund, mindestens 1 cm im Durchmesser.

Subjectives Befinden auffallend gebessert, Athemnoth viel geringer als früher. —

3. Frau B., 38 Jahre alt, litt seit vielen Jahren an Kropf, der besonders die rechte Halsseite einnahm. In letzter Zeit heftige Athemnoth. Tracheosko-

pischer Befund am 15. September 1906: in kurzem Abstand von der Glottis ist die Trachea auf beiden Seiten gleichmässig verengt bis auf 8 mm — also eine sagittal gestellte Säbelscheidentrachea.

In der Tiefe von 16 cm springt von der Hinterwand ein Tumor von etwa Pflaumenkerngrösse vor.

Kropfoperation durch Geheim-Rat Lindner am 16. September 1906. Ueberall sehr feste Verwachsung. Mikroskopischer Befund: Sarkom. Patient erholte sich nach der Operation sehr schnell. Am 20. November erwies sich die Trachea viel weiter — die rechte Wand nahezu von normaler Gestalt. Der Tumor der Hinterwand viel flacher. Das rechte Stimmband in Cadaverstellung: 16. März und 6. April werden kleine Tumoren an der Hinterwand und eine erbsengrosse Stelle der Vorderwand mit dem Spitzbrenner zerstört.

Danach Nachlassen der Beschwerden.

Am 9. Juli. Patientin klagt viel über kurzen Athem. Sofort nach der Entlassung aus dem Krankenhaus trat Gravidität ein; die Beine sind geschwollen infolge von Krampfadern.

Bei der Tracheoscopie zeigt sich ein kleiner flacher Tumor von rechts hinten und ein noch viel kleinerer an der Vorderwand.

Patientin ist vor 4 Wochen von einem gesunden Kind entbunden worden.

Bei der Untersuchung am 17. September zeigt sich ein Streifen von kleinen rothen Tumoren, der von der Hinterwand sich über die rechte Seite der Trachea nach vorn bis in die Mitte erstreckt.

4. Hermann K., 52 Jahre alt, Uhrmacher, 22. August 1907 ins Krankenhaus aufgenommen.

Grosse Struma, besonders auf der rechten Halsseite; stark entwickelte Heiserkeit, kurzer Athem. Stridor. Bei der Laryngoskopie erkennt man an der hinteren Rachenwand einen kastaniengrossen Tumor, der einen Einblick in den Larynx völlig verhindert. Nur die sehr grosse Epiglottis ist im Spiegelbild hinter dem Tumor sichtbar, er legt sich in ihre Concavität hinein.

Mit dem 9 mm Rohr gelingt es den weichen Tumor zu comprimiren. Die Stimmbänder werden sichtbar, klaffen im hinteren Abschnitt. Nach Passage derselben erkennt man die hintere membranöse Trachealwand von etwa Bleistiftdicke vorgewölbt, die Trachea ist von rechts und links stark convex vorgewölbt, so dass für die Athmung nur ein schmaler dreieckiger Spalt bleibt. Wie tief die Stenose hinabreicht lässt sich nicht feststellen. — Kropfoperation in Localanaesthesie am 24. August (Geh. Rath Lindner).

Es wurden mehrere grosse Cysten enucleirt besonders auf der rechten Seite; auch gelingt es eine hinter der Rachenwand gelegene kleine Cyste herauszuschälen.

Patient fühlte sich sofort nach der Operation viel freier. Athemnoth und Stridor völlig verschwunden.

Heute erste Untersuchung nach der Operation. Rachen vollkommen frei; Kehlkopf übersichtlich. Stimmbänder frei beweglich. Mit der indirecten Tracheoskopie kam man nicht zum Ziel. Im 9 mm Rohr erkennt man, dass die membra-

nöse Hinterwand, sowie die linke Trachealwand noch etwas vorgebuchtet, im Uebrigen Luftröhre weit und übersichtlich.

Weiterhin demonstrirt **Mann** noch Präparate und Bilder von zwei tracheobronchoskopischen Fällen.

Im ersten Fall handelt es sich um ein Sarkom, das von der Schilddrüse ausgehend zwischen Trachea und Oesophagus hineingewuchert war, derart dass die Lumina beider Bronchien nahezu völlig verlegt waren, im anderen um eine Stenose im Verlaufe des rechten Hauptbronchus durch Lungencarcinom veranlasst. Beide Krankengeschichten werden noch ausführlich publicirt werden.

Ein Fall von Laryngocele beim Menschen.

Bei einem 48jährigen Werkmeister beobachtete **Mann** in der rechten Larynxseite einen etwa halbwallnussgrossen Tumor, der sich bei der Athmung nicht veränderte. Im vorderen Kehlkopfabschnitt an Taschen-Stimmbändern und darunter zahlreiche Papillome.

Der Tumor wurde für eine Cyste gehalten und deswegen zuerst mit einem Spitzbrenner ein Loch hineingebrannt. Nachdem alle Papillome entfernt waren, verschwand allmählich auch der Luftsack.

Jetzt nach einem Jahr zeigen sich beide Taschenbänder noch geschwollen, so dass sie sich in den vorderen zwei Dritteln nahezu berühren. Zu beiden Seiten der Taschenbänder flach rundliche Prominenzen, die sich im vorderen Drittel des Larynx bis zur Seitenwand erstrecken.

Die geschilderten Verhältnisse werden an Abbildungen erläutert, der Patient selbst vorgestellt.

Die ausführliche Publication wird noch erfolgen.

Gemeinsame Sitzung mit Abtheilung 22 und 24 vom 17. September, Vormittags 9 Uhr.

Vorsitzender: **Schmidt-Rimpler** (Halle).

1. **Birch-Hirschfeld** (Leipzig) und **Richard Hoffmann** (Dresden): **Die Beziehungen der entzündlichen Orbitalerkrankungen zu den Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.**

Birch-Hirschfeld (Leipzig): Vortragender kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Die Sinusentzündungen spielen in der Aetiologie der Orbitalentzündungen eine viel grössere Rolle als bisher angenommen wurde.

2. Fast in allen Fällen handelt es sich um ein chronisches oder akutes Sinusempyem.

3. Das Uebergreifen der Entzündung auf die Augenhöhle wird durch eine locale Periostitis der Orbitalwand, die besondere Prädilectionsstellen hat, eingeleitet und geschieht im Bereich der durchtretenden Gefässe.

4. Der orbitale Process ist verschieden (Periostitis orbital., Orbitalabscess, Orbitalphlegmone).

5. Häufig setzt das orbitale Periost dem Uebergreifen der Entzündung auf das retrobulbäre Gewebe einen Widerstand entgegen und der Abscess kann sub-



periostal nach vorn oder hinten weitergreifen, eine Sehnervenentzündung hervorrufen oder zum spontanen Durchbruch am Orbitaleingang führen.

6. In anderen Fällen greift die Entzündung unter dem Bilde der Thrombophlebitis frühzeitig auf das Orbitalgewebe über. Diese Fälle sind wesentlich ungünstiger zu beurtheilen.

7. In diagnostischer Beziehung lässt sich neben umschriebener Druckempfindlichkeit bestimmter Stellen der Orbitalwand die Art der Dislocation des Bulbus verwerthen.

8. Periphere Gesichtsfeldeinengungen sind selten.

9. Wichtiger ist für die Diagnose der Entzündung einer hinteren Nebenhöhle (hintere Siebbeinzellen, Keilbeinhöhle) der Nachweis eines centralen Skotoms.

10. Unter 409 Fällen von Orbitalentzündungen nach Sinusaffectionen erblindeten 66 Augen (ca. 16 pCt.). Am häufigsten sind Erblindungen bei Kieferhöhlenempyem, 27 pCt.

11. Ophthalmoskopisch wurde häufig Hyperämie der Papille, Neuritis optica, Atroph. nerv. opt., seltener Thrombophlebitis der Netzhautvenen, Netzhautblutungen und Ablatio retinae nachgewiesen.

12. 18 mal wurde ein Ulcus corneae, 8 mal Panophthalmie, 2 mal Glaukom festgestellt.

13. Quoad vitam verhalten sich die bei Sinusitis auftretenden Orbitalentzündungen günstiger als die spontanen. Die Mortalität der Keilbeinhöhlenempyeme ist die höchste (28 pCt.), diejenige der Stirnhöhlenempyeme beträgt 16,3 pCt.

14. Bei der Section wurde 34 mal Meningitis, 15 mal Hirnabscess, 6 mal Sinusthrombose festgestellt.

15. Vortragender hält die von Augenärzten geübten Incisionen in die Tiefe der Orbita für unzweckmässig und empfiehlt breite Freilegung des Orbitalrandes und stumpfe Lösung des Periosts unter sorgsamer Schonung des Inhaltes der Orbita und ausgiebige Drainage.

16. Die Untersuchung und Therapie der Nasenhöhlen und ihrer Nebenhöhlen erfordert eine Uebung und Erfahrung, die nur in seltenen Fällen dem Augenarzt zu Gebote steht. Vortr. hält es für richtiger, die Indication und Therapie der Sinusitis dem Rhinologen zu überlassen.

17. Die wichtige Rolle des Augenarztes bei den Erkrankungen besteht darin, dass er häufig die Diagnose stellt, in zweifelhaften Fällen durch genaue Analyse der orbitalen und ocularen Symptome dieselbe stützen hilft und mit der orbitalen Eiterung eine schwere Gefahr für das Auge zu beseitigen strebt.

18. Ein Zusammenarbeiten der Ophthalmologen und Rhinologen lässt für wissenschaftliche Erkenntniss und practischen Heilerfolg das meiste erhoffen.

R. Hoffmann (Dresden): Die Beziehungen der entzündlichen Orbitalerkrankungen zu den Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase (Correferat).

Der Referent weist einleitend auf den grossen Werth der orbitalen Complicationen der Nebenhöhleneiterungen für die Diagnose der letzteren hin. Es folgt

die Besprechung der rhinoskopischen Erscheinungen, welche die Diagnose Nebenhöhleneiterung stützen, die Besprechung des Werthes der Durchleuchtung und der Röntgenaufnahme für die Diagnose. Für die Ueberleitung entzündlicher Processe aus den Nebenhöhlen auf die Orbita sind prädisponirend die anatomische Situirung der Nebenhöhlen, das Verhalten der trennenden Knochenwände, die Gestaltung des Höhleninnern, die Verhältnisse in der Nase, endlich die Verbindung der Gefässe der Nebenhöhlen mit denen der Orbita. Der Uebergang findet statt entweder durch den Knochen oder durch Gefässvermittelung. Bei günstigen anatomischen und klinischen Verhältnissen ist es eine heftige Infection, welche in letzter Instanz den Uebergang von entzündlichen Processen aus den Nebenhöhlen auf die Orbita veranlasst. Wenn bereits Eiter in der Orbita ist oder ein Durchbruch bevorsteht, so werden die erkrankten Höhlen von der Orbita aus freigelegt und die Nebenhöhleneiterung selbst, da es sich meist um chronische Fälle handelt, den radicalen Operationsmethoden unterworfen. Bei periostitischen Processen empfiehlt sich Behandlung der Nase von aussen nur, wenn sich von der Nase aus kein genügender Eiterabfluss erzielen lässt. Bei den letzteren Processen ist in acuten Fällen eine conservative Behandlung der Nebenhöhlen angezeigt, in chronischen eine radicale. Bei zweifelhafter Diagnose soll man bei Vorhandensein einer orbitalen Complication vor allem einer Neuritis optica, auch vor einem probatorischen Eingriff in die betreffende Nebenhöhle nicht zurückschrecken.

Im Anschluss: R. Hoffmann, Demonstrationen durch Epidiaskop von Knochen- und Weichtheilpräparaten zur Illustration der Lagebeziehungen der verschiedenen Nebenhöhlen unter sich sowie gegen die Orbita und den Sehnerven.

Discussion:

Axenfeld bestätigt, dass die Zahl der Orbitalerkrankungen, die nicht von Nebenhöhlen ausgehen, wohl sehr gering ist, bezüglich der Betheiligung der Ophthalmologen an der operativen Behandlung der Nebenhöhlenerkrankungen soll Ophthalmolog und Rhinolog möglichst zusammen operiren.

Löwe spricht über Hypophysistumoren, die unter Umständen durch Einwuchern Nebenhöhlenerkrankungen veranlassen können.

Kuhnt (Bonn) wünscht, dass der Ophthalmologe auch Rhinologie lernen soll.

Schwarz (Leipzig) schliesst sich Axenfeld an.

Peters (Rostock) ist für Zusammenarbeiten der Ophthalmologen und Rhinologen.

Uhthoff (Breslau) weist auf die interessante Thatsache hin, dass bei den Fällen Birsch-Hirschfelds's lediglich die centralen Opticusbündel functionell beeinträchtigt werden. Sinusthrombose wie Sepsis ist bei den von den Nebenhöhlen ausgehenden Orbitalaffectionen seltener als bei den thrombophlebitischen Orbitalphlegmonen, die vom Gesicht ausgehen.

2. M. Mann (Dresden): Orbitalphlegmone im Verlauf einer acuten Otitis media.

Die Pflegerin B. bekam im Anschluss an eine Angina lacunaris eine Otitis media. Hierzu trat Lidödem, Protrusio bulbi, Resistenz auf Druck aus der Tiefe der Orbita auf. Eröffnung des Warzenfortsatzes, worauf Rückgang aller Augen-

symptome und bald völlige Heilung eintrat. Da wegen negativen Nasenbefundes Nebenhöhleneiterung auszuschliessen war, führt Vortragender ausser anderen Möglichkeiten folgende für das Zustandekommen des eigenthümlichen Symptomencomplexes an. Die Orbitalerkrankung konnte secundär durch Thrombose des Sinus cavernosus entstanden sein, indem die Entzündungserreger vom Mittelohr durch dessen vordere Wand in den Plexus carotic. gewandert waren, der unmittelbar in jenen übergeht. Deshalb wurde das Antrum eröffnet. Der schnelle Rückgang aller Augensymptome lässt sich nur so erklären, dass keine Phlebitis des Sinus cavernosus bestand, sondern dass nur durch collaterales Oedem vom Mittelohr, bezw. vom Kuppelraum aus der Plexus caroticus völlig verschlossen war.

Discussion:

Best (Dresden) hält die Erklärung Mann's für möglich, es kann sich aber auch um eine entzündliche Affection gehandelt haben.

Elschnig (Prag) hält die geschilderte Orbitalerkrankung für Periostitis.

Schirmer ((Strassburg) schliesst sich dem Vorredner an.

Abtheilungssitzung vom 17. September Vormittags.

Vorsitzender: Chiari (Wien).

1. Barth (Leipzig): Die Athmung, insbesondere die Veränderung der Körperoberfläche bei derselben.

Vortragender kommt zu folgenden Resultaten:

Es giebt normaler Weise keine thorakale, es giebt keine abdominale Form, am allerwenigsten beide im Gegensatz zu einander. Der von vielen noch angenommene Unterschied des Athmens bei den Geschlechtern besteht im Princip nicht, auch das Korsett ändert nichts daran. Bei Kindern kann man nur insofern eine Abweichung zugeben als das Knochengerüst noch zu weich ist, um stärkeren mechanischen Einwirkungen genügend Widerstand zu bieten. Normal ist das thorako-abdominale Athmen. Am grössten ist die Capacität in aufrechter ungezwungener Körperhaltung, wenn Brust und Leib möglichst wenig durch Druck beengt ist.

Auch für gewisse pathologische Fälle werden sich typische Athembilder aufstellen lassen.

2. Krebs (Hildesheim): Die erste Beobachtung von Rhinosklerom in der Provinz Hannover.

Eine 26jährige Frau im Regierungsbezirk Hildesheim, von deutschen Eltern geboren, welche nie mit Leuten von Skleromländern in Berührung gekommen ist, hatte das typische klinische Bild des Rhinosklerom: Die Diagnose wurde histologisch und bakteriologisch gesichert. Während einer später auftretenden Schwangerschaft trat eine derartige Stenose ein, dass sofort operirt werden musste. Die Laryngofissur zeigte, dass die sklerosirten Wülste bis tief in die Trachea gingen und das ganze subglottische und tracheale Lumen ausfüllten. Auslöffelung des ganzen erkrankten Rohres: Naht. Geburt zur normalen Zeit ohne Dyspnoe.



Nachmittagssitzung.

Vorsitzender: Heymann (Berlin).

1. Discussion zum Vortrage Krebs:

Chiari (Wien) ist für Spaltung des Kehlkopfs und der Trachea, um die Infiltrate so weit wie möglich zu exstirpiren, reicht die skleromatöse Stenose tief in die Trachea, dann nur Auskratzung und vorsichtige Dilatation.

Gerber (Königsberg) bezeichnet die Dilatation als souveränes Mittel gegen die skleromatösen Stenosen und empfiehlt die Annahme eines Antrages, „das Sklerom unter die anzeigungspflichtigen Krankheiten aufzunehmen".

Krebs unterstützt den Antrag und fragt ferner an, mit welchen Instrumenten tief heruntergehende Stenosen dilatirt werden.

Gerber empfiehlt Schrötter'sche Katheter und bei sehr tiefen Stenosen Killian'sche Röhren.

2. Max Senator (Berlin): Ueber erworbene totale Ausschaltung der Nasenathmung und deren Folgezustände.

S. giebt die klinischen Daten eines Falles (aus Lassar's Klinik), der nach Tuberculose und Lues durch totale Verwachsung des Gaumensegels und der hinteren Rachenwand und sonstige Nasenstricturen die nasale Respiration völlig ausschaltete. Die Frage, ob der Wegfall der Nasenathmung und die so bedingte Verschlechterung der Athmungsluft Kehlkopf und Lunge schädigen und ob Inactivitätsatrophie im Naseninnern bewirkt wird, lässt sich nicht einwandfrei beantworten, da infolge der Tuberculose und Lues keine eindeutigen Krankheitsbilder gegeben waren. Zum Schluss noch einige therapeutische Bemerkungen.

Discussion:

Scherer (Bromberg) führt einen Fall von vollständigem Verschluss des Nasenrachenraumes nach Lues an und völliger Atrophie der Nasenschleimhaut.

Chiari (Wien) sah bei angeborener einseitiger völliger Atresie der Choanen Hypertrophie der Muscheln mit starker Schleimansammlung, die nach Wegbarmachung der Choane abnahm.

Heymann (Berlin) hat 10 Fälle von totalem Abschluss der Nase nach dem Nasenrachenraum infolge von Lues gesehen, bei denen die verschiedenen Kategorien des Geruchs völlig intact waren, wie durch Versuche mittelst Einblasung von riechender Luft festgestellt wurde.

3. Rudloff (Wiesbaden): Demonstration: a) Ein Fall von Decubitalnekrose in der Pars laryngea des Pharynx.

An der Hand eines Präparates werden die klinischen Erscheinungen der vier Wochen dauernden Beobachtung geschildert: Starke Beschwerden beim Schlucken, heftige Schmerzen beim Bewegen des Kopfes. Die Nekrose kann also nicht bloss einige Tage vor dem Tode auftreten, wie bisher angenommen wurde.

Discussion:

Chiari (Wien) erwähnt, dass von Koschier (Wien) bei marantischen Greisen Decubitalgeschwüre der hinteren Larynxwand beobachtet und beschrieben

wurden. Wichtig ist bei Rudloff's Beobachtung die Jugendlichkeit des anämischen Kranken (18 Jahre).

b) Ein Fall von Myxochondrom im Nasenrachenraum.

Das Präparat entstammt einem 10jährigen Knaben. Bisher ist in der Literatur ein Fall von Myxochondrom des Nasenrachenraums nicht erwähnt.

Discussion:

Rosenberg (Berlin) fragt nach dem postrhinoskopischen Befunde, der für die Differentialdiagnose wichtig sei und erwähnt ein von ihm beobachtetes Sarkom, das andererseits vorher als adenoide Vegetation operirt worden war.

Rudloff: Schlusswort.

Heymann (Berlin): Zur Heufiebertherapie.

Vortragender berichtet über seine diesjährigen Erfahrungen der Behandlung des Heufiebers mit Schilddrüsenpräparaten. Von 51 beobachteten Kranken haben 9 negativen Erfolg angegeben, bei den übrigen 42 wurde eine mehr oder weniger erhebliche Besserung erzielt, darunter 14 ohne weitere Anfälle. Kein wesentlicher Unterschied in der Wirkung der verschiedenen Präparate. Mit Antithyreoidin (Möbius) ein voller Erfolg und im anderen Falle geringe Besserung. Gegen die Intoxicationen wurden Arsenpräparate als Gegengift erfolgreich gebraucht; die Wirksamkeit des Mittels erfährt aber bei Heufieber allmählich eine Verminderung.

5. Rud. Hoffmann (München): Zur Lehre der Heufiebertherapie.

Vortragender kommt zu folgendem Ergebniss: Das Heufieber stellt sich als ein Reizzustand der Vasodilatatoren im Bereich des sensiblen Trigeminus, in dessen Bahn sie verlaufen. dar, hervorgerufen durch die Irritation der von diesem Nerven versorgten Schleimhäute der Nase und des Auges durch Pollentoxin. Das Heufieber wird in Parallele zu dem Morbus Basedowii gestellt. Prädisponirend wirkt die Labilität der Vasomotoren, wie sie auch in Urticaria und Erythemen zum Ausdruck kommt, besonders aber die die Vasodilatation begünstigende Hypersecretion der Thyreoidea. Empfehlung von Ertract. fluid. Hydrast. canad. (event. aa mit Extract. fluid. Secal. cornut.) 3mal täglich 25 Tropfen vor Beginn der Grasblüthe.

Discussion:

Thost (Hamburg): Es kann nur ein Serum als Heilmittel gegen Heufieber in Betracht kommen, um die Idiosynkrasie zu bekämpfen. Die locale Behandlung muss vor der Heufieberzeit vorgenommen werden.

Avellis (Frankfurt a. M.): Der Weg mit einem Serum ist ein falscher, es handelt sich um Ueberempfindlichkeit gegen „artfremdes" Eiweiss, wobei sich die Empfindlichkeit des Kranken immer mehr steigert. Empfehlung von Rhinoculin in Crêmeform. Das Regime ist bei der Behandlung die Hauptsache.

Krebs (Hildesheim): Echtes Heufieber ist eine seltene Krankheit. Der Heufieberbund ist schuld daran, dass sich die Patienten nicht örtlich, nasal behandeln lassen, wodurch oft Zustände, die als Heufieber empfunden werden, rasch heilen.

Rud. Hoffmann (München): Die Idiosynkrasie besteht in der Neigung zur Vasodilatation in der Nase; die Thyreoidea beeinflusst positiv die Vasodilatation

im Bereich des Kopfes und das Heufieber lässt sich durch Thyreoidingaben günstig beeinflussen, also wird sich die Rolle der Thyreoidea unter den prädisponirenden Momenten nicht in Abrede stellen lassen.

Heymann (Berlin): Das Pollantin ist kein durchaus sicheres Mittel. H. legt besonderes Gewicht auf die Idiosynkrasie. Locale Behandlung in der heufieberfreien Zeit cfr. seine vorjährige Publication.

6. Avellis (Frankfurt): Ueber Störungen des Organgefühls für das respiratorische Gleichgewicht.

Das Asthma ist keine Erkrankung der Bronchien oder des Vagus, sondern eine Störung des respiratorischen Gleichgewichts, das beim Asthmadisponirten leichter aus der geregelten Function gebracht werden kann, als beim Normalen. Daher die Ueberempfindlichkeit der Asthmakranken gegen klimatische Einflüsse. Als bestes Asthmacoupirungsmittel hat sich ein vom Vortragenden und Dr. Ritsert (Frankfurt) hergestelltes Mittel „Eupneuma" bewährt. Von nasaler Behandlung hat A. selten dauernde Erfolge gesehen. Der Arzt muss als Erzieher wirken, am besten ist planmässige Anstaltsbehandlung. A. bespricht ferner die hysterischen Respirationsbeschleunigungen, ferner den von ihm zuerst beobachteten Athemtypus der „Adenoidenkinder".

Discussion:

Thost (Hamburg) fragt an, ob es nicht gelungen sei, das Tucker'sche Mittel genau zu analysiren und herzustellen.

Avellis (Frankfurt): Das Tucker'sche Mittel ist auch von Eichhorn untersucht. Er fand salpetrige Säure darin, ausserdem Cocain und Atropin. A. glaubt, dass die salpetrige Säure auf einem Wege hineingekommen ist, der dem Eupneuma sehr ähnlich ist.

7. Sänger (Magdeburg): Zur Asthmabehandlung.

1. Demonstirrt einen verbesserten Arzneivergaser nach dem Princip seines alten Arzneivergasers.

2. Zur Asthmatherapie.

S. berichtet über die mit seiner Athemgymnastik (Münch. med. Wochenschr. 1904. No. 8) bei 91 Fällen seit dem 1. Januar 1906 erzielten günstigen Erfolge: Die Eigenart seiner Behandlung besteht darin, dass sie die verlängerte Ausathmung noch mehr verlängert und abschwächt und zugleich die Einathmung abschwächt und noch mehr verkürzt. Hierdurch wird 1. die Entleerung der Lungen sicherer bewirkt, 2. die Athmungsorgane relativ ruhiggestellt.

Discussion:

Imhofer (Prag) weist auf Kuttner's jüngst erschienenes Werk hin und bestätigt, dass ein ursprünglich nasales Asthma nach längerer Dauer einer nasalen Behandlung nicht mehr zugänglich wird oder nur vorübergehend gebessert wird.

Goldschmidt (Reichenhall) registrirt mit Freuden die Thatsache, dass seine vor fast 10 Jahren aufgestellten Ansichten allmählich in die neueren Lehrbücher eingedrungen sind. Avellis' Ansichten entsprechen so ziemlich seinen eigenen, er erkennt noch heute das „Asthma psychicum" an, wobei nicht gesagt

sei, das jedes Asthma ein „Asthma psychicum" sei. In den meisten Fällen ist das Asthma eine centrale Erkrankung, nicht immer aber beruht es auf Erschütterung gerade der psychischen Sphäre des Centralsystems. Er rühmt das Eupneuma als vorzügliches Palliativmittel. Gegenüber Sänger hält er es für unmöglich, bei einer schweren Asthmaattacke die Inspiration abzukürzen und die Exspiration zu verlängern.

Thost (Hamburg) bestätigt die Brüggelmann'sche Lehre von den asthmatischen Punkten in der Nase. Finden sich solche Punkte, so eignen sich die Fälle, wenn die Nase frei ist, nicht zur nasalen Behandlung.

Goldschmidt (Reichenhall) spricht sich gegen die Brüggelmann'sche Lehre aus.

Avellis (Frankfurt): Der Husten bei Sondenberührung in der Nase ist thatsächlich bei Asthmatikern häufiger als bei Gesunden. A. steht auf dem Standpunkt, dass der Arzt persönlich, möglichst in einer Anstalt, die antiasthmatische Erziehung des Patienten leiten soll. Die Kunst ist, den Anfall zu verhüten und seine Zustände aus dem Gedächtniss auszuschalten.

Sänger (Schlusswort): S. nimmt auch an, dass das Asthma eine psychoreflectorische Erkrankung ist. Er bleibt aber der Ansicht, dass die Inspiration verkürzt und ausserdem noch abgeschwächt werden kann! Dadurch wird der Circulus vitiosus durchbrochen, dass die Kranken um to tiefer einathmen, je stärkere Athemnoth sie haben, und dass die Athemnoth um so mehr zunimmt, je stärker eingeathmet wird.

8. Flatau und Gutzmann: Die Singstimme des Schulkindes.

Die Verfasser schildern ihre Untersuchungstechnik, deren Schwierigkeiten und die dabei in Anwendung kommenden Vorsichtsmassregeln. Es folgt eine allgemeine statistische Uebersicht über 575 Einzeluntersuchungen. Ueber die Qualität der Leistung giebt eine besondere Darstellung (Heiserkeitskurve) Auskunft. Hierauf Bericht über die sogenannten „Brummer". Eine umfangreiche Darstellung ist den Grenzwerthen in der Ausdehnung des Organs über den Umfang gewidmet; wobei sich eine merkwürdige Praeponderanz des 10. Lebensjahres ergiebt. Paedagogisch wichtig ist, dass für das zarte Kindesalter die Berücksichtigung des strengen „realen" Durchschnittes gefordert wird. Die weitere Untersuchung gilt denn auch der Frage der Labilität, wobei enorme Schwankungen zwischen den kleinsten und den grössten Werthen zu Tage treten. Es folgt ein Vergleich der neuen Ergebnisse mit denen Paulsens. Das Nähere über die laryngoskopischen Befunde findet sich in einer ausführlichen Publication im Archiv für Laryngologie.

Discussion: Imhofer (Prag), Flatau (Berlin).

Sitzung der Abtheilung 23: Mittwoch, den 18. September Vormittags.

Vorsitzender: Rosenberg (Berlin).

1. Barth (Leipzig): Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenheilkunde sind beim Unterrichte, auf wissenschaftlichen Congressen und in der Litteratur grundsätzlich gemeinsam, nicht getrennt zu behandeln:



Die jetzigen Verhältnisse erklären sich aus der historischen Entwicklung und aus der unklaren Stellungnahme der Ministerien und Fakultäten. Die beiden Disciplinen selbst, der Unterricht, die wissenschaftliche Pflege und die grosse Mehrzahl der Aerzte fordern eine Vereinigung. Gegen diese kämpft nur eine verschwindende Anzahl von Fachärzten ohne stichhaltige Gründe an. Als einziger Grund für die Trennung könnte nur der Ueberfluss an Vorträgen bei manchen wissenschaftlichen Versammlungen angeführt werden.

Discussion:

Kümmel (Heidelberg) ist für Zusammenlegung der beiden Sectionen in Naturforscherversammlungen.

Gmeinder (Halle) im Namen und im Auftrage von Schwarze (Halle) tritt entschieden für Trennung der Otologie von den beiden anderen Disciplinen ein.

R. Hoffmann (Dresden) tritt Kümmel's Meinung bei.

Gerber (Königsberg) stimmt Kümmel und Hoffmann bei; wünscht, dass die Naturforscher- und Aerzteversammlungen alle zwei bis drei Jahre zusammentreten, damit genügend Themen zur Verhandlung kommen.

Rosenberg (Berlin) betont, dass, so sehr auch eine zuweit gehende Specialisirung zu bedauern ist, die Spaltung in der Medicin die Einzelfächer gefördert hat, so besonders die Laryngologie.

Gmeinder (Halle): Die Trennung der Otologie entspringt keinesfalls einer gewissen Empfindsamkeit, sondern ist historisch.

Schlesinger (Dresden) ist für Vereinigung der Otologie und Laryngologie und bezieht sich hierbei auf die ehrengerichtliche Gesetzgebung.

Kayser: Dass Otologie und Laryngologie heutzutage als berechtigte Specialfächer anerkannt sind, ist bekannt. Sind auf Naturforscherversammlungen genügend viele reine Otologen und reine Laryngologen vorhanden, dass sie zu einer selbstständigen Berathung ausreichen, so mag eine Trennung stattfinden, sonst eine für die grosse Mehrheit, die Oto-Laryngologen sind, erwünschte Vereinigung.

2. R. Panse (Dresden): **Demonstration eines mikroskopischen Präparates von beginnendem Carcinom eines Stimmbandes.**

3. Blumenfeld (Berlin): **Adenoide Vegetationen und intrathoracale Drüsen.**

Die intrathoracalen Drüsen können durch eine mit den bekannten physicalischen Untersuchungsmethoden combinirte Röntgendurchleuchtung des Brustkorbes nachgewiesen werden. Man wird erkrankte intrathoracale Drüsen besonders dann vermuthen müssen, wenn Kinder mit adenoiden Wucherungen an häufigen Katarrhen der Bronchien leiden und zumal, wenn diese mit meist kurzen Fieberanfällen einhergehenden katarrhalischen Erscheinungen nach gründlicher Entfernung der Wucherungen und Herstellung der Mundathmung nicht verschwinden. In diesen Fällen ist die Ursache der Katarrhe bei den von mir bisher Untersuchten in einer Erkrankung der intrathoracalen Drüsen zu finden, ohne dass die Lunge selbst erkrankt sein müsste. Es ist daher die Lehre von dem Einfluss der Mundathmung auf die Entstehung dieser Bronchialkatarrhe zu revidiren und

ein solcher Zusammenhang nur da anzunehmen, wo unter Zuhülfenahme des Röntgenverfahrens eine andere Ursache auszuschliessen ist. Für die Prognose ist der positive Ausfall um so wichtiger, da es sich bei den nachweisbaren intrathoracalen Drüsen vorwiegend um entzündliche Neubildungen bezüglich Verkäsungen handelt. Eine Allgemeinbehandlung, die diese Vorgänge berücksichtigt, ist selbstverständlich erforderlich.

4. A. Rosenberg (Berlin): Ueber kalten Abscess des Kehlkopfes.

Acute Abscesse des Kehlkopfes, und eigentlich sind nur solche beobachtet, wenn man von tuberculösen und perichondritischen Abscessen absieht, gehen mit Fieber, Schmerzen, eventuell auch mit Larynxstenose einher, auch wenn sie einen langsamen, mehr chronischen Verlauf zeigen und entwickeln sich mit Vorliebe an Stellen, wo lockeres submucöses Gewebe sich findet. Am Stimmbande sind sie daher selten, wenn sie dort auftreten, an der unteren Fläche; an dem eigentlichen Körper sind Abscesse bisher überhaupt kaum beobachtet. Ich habe bei einem 58jährigen Fabrikbesitzer nach oder während einer acuten heftigen Gastroenteritis an der oberen Fläche des linken Stimmbandes einen grossen subepithelialen Abscess auftreten sehen, der, abgesehen von einer unbedeutenden Heiserkeit, absolut symptomlos sich entwickelte und verlief und durch eine einmalige Incision geheilt wurde. Wahrscheinlich hat bei dem stürmischen Erbrechen des Patienten in der Pars libera des Stimmbandes, die ja zahlreiche Blutgefässe aufweist, eine Blutung unter das Epithel stattgefunden und aus dem so entstandenen Hämatom hat sich ein Abscess entwickelt.

(Ausführlich publicirt in den Verhandlungen der Deutschen laryngologischen Gesellschaft.)

Discussion:

Imhofer (Prag) stimmt Rosenberg's Ansicht bezüglich der primären Hämatombildung bei und verweist auf seine im Archiv für Laryngologie erschienenen Beobachtungen über Hämatome, die er besonders bei Sängern beobachtet hat.

Goldschmidt (Berlin) hat zweimal umschriebene Hämorrhagien der Stimmbänder gesehen.

Max Mann (Dresden) berichtet von zwei Fällen, wo blau-schwarze kleine Tumoren der Stimmbänder papillomatösen Bau mit reichlichem Blutpigment zeigen, also jedenfalls auch aus subepithelialen Hämorrhagien entstanden waren.

Rosenberg: Schlusswort.

5. Walter Albrecht (Berlin): Ueber die Bedeutung der Röntgenographie der nasalen Nebenhöhleneiterungen.

Der Vortragende hat Aufnahmen in der von Goldmann und Killian angegebenen Art hergestellt, nur mit dem Unterschied, dass er halbweiche bis harte Röhren verwendete und die Expositionszeit bei Anwendung starker Ströme $2^1/_2$—3 Minuten betrug. Auf diese Art wurden 36 Skiagramme bei Patienten und 20 Aufnahmen an der Leiche hergestellt, sodass der Vortragende über ein Material

von 56 Aufnahmen verfügt. Ausserdem hat er beim Cadaver bei der 1. Aufnahme in klare Kieferhöhlen Eiter eingespritzt und dann wieder skiagraphirt und dabei gefunden, dass die Verdunklung der erkrankten Höhle in erster Linie auf Kosten des Eiters zu setzen ist.

Bei langdauernden Empyemen kann die Verdunklung auch durch Granulationen und Infiltration der Schleimhaut bedingt sein. Das Resultat ist folgendes: Für die Diagnose der Erkrankung der vorderen Siebbeinzellen ist die Methode als absolut beweisend zu bezeichnen.

Für die Stirnhöhle kam der Vortragende zu dem Resultat, dass sich ein Katarrh mit Schwellung und Infiltration der Schleimhaut nicht wiedergiebt. Für das Empyem kam er zu der Ansicht, dass auf das Skiagramm allein eine Diagnose mit Sicherheit nicht gestellt werden kann, dass wir jedoch im Röntgenbild einen diagnostischen Factor besitzen in den Fällen, in welchen auch andere Momente für ein Empyem der Stirnhöhle sprechen. Für die Kieferhöhle ist trotz der Zuverlässigkeit des Skiagramms die Röntgenographie wichtiger für die Diagnose von Tumoren speciell deren Operabilitat, als für die Diagnose der Empyeme, da wir in der Probespülung und der Durchleuchtung mit der Heryng'schen Lampe für diese Höhle, dank ihrer Lage, zuverlässige Mittel besitzen.

Discussion:

Friedrich (Kiel) bestätigt, dass die Skiagraphie für die Diagnose der Stirnhöhleneiterungen nicht einwandsfreie Bilder giebt. Bei Eiterungen, die mit starken Granulationsbildungen einhergehen, kann eine solche Verdunklung eintreten, dass Tumoren der Höhle, ihrer vorderen Knochenwand oder dergleichen vorgetäuscht werden.

Albrecht (Berlin) bestätigt die Ausführungen Friedrich's.

R. Hoffmann (Dresden) hat sich bei seinen Ausführungen über den Werth der Röntgenstrahlen für die Diagnose der Stirnhöhleneiterungen auf die Untersuchungen Killian's und Goldmann's gestützt. Eigene Erfahrungen hat derselbe nur in beschränktem Maasse.

Gerber (Königsberg) hat im Anschluss an seinen Vortrag bereits Röntgenaufnahmen gezeigt, aus denen deren Werth als diagnostisches Hülfsmittel zu erkennen war. Am Kiefer kann dieses auch für die Differentialdiagnose zwischen Kiefercysten und Kieferempyemen ausgezeichnet verwerthet werden. Tumoren können im Röntgenbild dieselben Veränderungen hervorbringen wie Eiterungen.

Theodor Barth (Dresden): Die Hyperämie ist bei der Deutung von Röntgenaufnahmen zu berücksichtigen, sie ist öfters als Grund für die Verdunklung anzusprechen.

Albrecht erklärt im Schlusswort, dass er die Hyperämie nicht für so bedeutungsvoll für die Schattenbildung auf dem Skiagramm hält, dass vielmehr auch bei der durch Schleimhautveränderungen bedingten Verschleierung diese mehr auf Kosten der Schwellung und Infiltration als der Hyperämie zu setzen ist.

6. Imhofer (Prag): Musikalisches Gehör bei Schwachsinnigen.

Imhofer untersuchte 70 Zöglinge der Prager Erziehungsanstalt für Schwachsinnige „Ernestinum“ bezüglich ihres musikalischen Gehörs und kam zu dem

Resultate, dass bei der Mehrzahl der Idioten der Musiksinn sehr gut ausgeprägt ist. Zum mindesten äussert sich dieses musikalische Gefühl durch Aufmerksamkeit gegenüber der Musik, durch rhythmische Bewegungen etc. Nur spielt auch bei der musikalischen Bethätigung des Idioten die den Oto-Rhinologen wohlbekannte Aprosexie eine grosse Rolle, insofern als bei richtig begonnenen Melodien bald die Tonhöhenfolge verloren geht und nur der Rhythmus übrig bleibt, der schliesslich ebenfalls schwinden kann. Auch Schwerhörigkeit im physiologischen Sinne kann, wie es auch für den normalen Menschen bekannt ist, das musikalische Gehör vollkommen intact lassen. Der Stimmumfang des Schwachsinnigen ist herabgesetzt. Vortragender constatirte, dass seine Befunde bei Schwachsinnigen bezüglich der Tenacität des Rhythmus gegenüber pathologischen Einflüssen mit den von Alt („Melodientaubheit und musikalisches Falschhören") niedergelegten Erfahrungen übereinstimmen. Schliesslich empfiehlt er, ohne der Musik den ihr fälschlich beigelegten heilenden Einfluss auf Psychosen zuschreiben zu wollen, intensive Pflege der Musik in Idiotenanstalten und lässt die Möglichkeit offen, manchen Schwachsinnigen auf diesem Wege eine Erwerbsmöglichkeit zu schaffen.

Discussion:

Gutzmann (Berlin): Es giebt versatile Idioten, bei denen besonders musikalische Eindrücke mit starker Rhythmik so lebhafte und automatische Bewegungen auslösen, dass die Kinder in grösste Aufregung gerathen. Andererseits kann in manchen Fällen an einer beruhigenden Wirkung der Musik nicht gezweifelt werden. G. ist für Individualisirung bezüglich der Anwendung der Musik für die Erziehung der Idioten.

Goldschmidt (Reichenhall) hat die Bemerkung gemacht, dass eine gewisse musikalische Stumpfheit auf einen gewissen Grad von geistiger Minderwerthigkeit schliessen lässt.

Imhofer (Schlusswort): J. verweist bezüglich Gutzmann's Einwänden auf eine Beobachtung von beruhigendem Einfluss der Musik bei einem versatilen Idioten. Gegenüber Goldschmidt betont er noch einmal das Zusammentreffen geringer geistiger Begabung mit auffallendem musikalischen Sinne.

7. Gutzmann (Berlin): Zur Behandlung der Mundathmung.

Vortragender schlägt eine active Uebung der durch das chronische Offenhalten des Mundes auch nach Beseitigung des Hindernisses der Nasenathmung bestehenden schwachen Schliessmuskulatur des Mundes vor. Hierzu benutzt er kleine runde Stifte aus Hartgummi mit aufgesteckten Plättchen, welche hin- und hergeschoben werden können. Die Stifte müssen mit der Mitte der Lippen gefasst und längere Zeit in horizontaler Lage gehalten werden. Die kleinen Plättchen oder Scheiben, die auf dem Stift hin- und hergeschoben werden können, sind dazu angebracht, dass das Gewicht des zu haltenden Stabes verändert werden kann. Es ist klar, dass je näher die Scheibe den den Stift haltenden Lippen liegt, desto geringer die Anstrengung des Lippenschlusses und umgekehrt ist. Vortragender hat gute Resultate durch sein Uebungsverfahren gesehen, besonders auch bei einigen schwachsinnigen Kindern, bei denen die Unterlippe weit herabgehangen hatte. Nicht nur der Lippenschluss wurde erzeugt, auch die Lippen

wurden schliesslich dünner, so dass die Gesichter verschönt wurden. Die Uebungen werden mehrere Male täglich vorgenommen, jedesmal in einer Sitzung von ungefähr 10—15 Minuten.

8. R. Hoffmann (Dresden): Osteoplastische Operationen bei chronischen Stirnhöhleneiterungen mit Krankenvorstellung.

R. Hoffmann demonstrirt eine Reihe von Kranken, die vor längerer Zeit wegen chronischer Stirnhöhleneiterung osteoplastisch operirt wurden. Derselbe weist darauf hin, dass das Verfahren nicht anwendbar ist bei cerebralen und orbitalen Complicationen, sowie wenn die Stirnhöhle einen ausgesprochenen orbitalen Recessus hat. Die kosmetischen Resultate der Fälle sind ausgezeichnet, die Narbe auch auf kurze Distanz nicht sichtbar und auch palpatorisch kaum nachzuweisen.

Discussion:

Löwe (Berlin) betont, dass es nicht angängig sei, bei Stirnhöhlen mit sehr ausgedehnten Recessen den Stirnhöhlenboden wegzunehmen, weil man da den Orbitalinhalt nicht in toto vom Orbitaldach abzudrängen vermöge.

9. Kuhn (Cassel): Weiteres zur peroralen Tubage mit Demonstrationen.

Für den Laryngologen kommt das Verfahren in Frage:

1. Zunächst für alle grösseren und blutigeren Operationen in Narkose auf dem Gebiete der Nasenchirurgie.

2. Für alle Höhlenchirurgie am Oberkiefer, Siebbein, Keilbein, sofern in Narkose operirt wird.

3. Für die Rachenchirurgie, wie Redner bereits in Heidelberg dargelegt hat.

Zu alledem kommt als ein grosses Hauptcapitel noch ein Grenzgebiet zwischen Laryngologie und Chirurgie, das ist das Gebiet der Mundbodenchirurgie, einschliessend die Chirurgie des Zungengrundes, der Epiglottis, der Tonsillen. Bekanntlich vermögen bei malignen Erkrankungen dieser Gebiete nur sehr umfangreiche Eingriffe, vor allem mit Einschluss aller Drüsen etwas Erkleckliches, Dauerhaftes zu leisten. Durch den Mund sind diese selten ausreichend ausführbar; besser sind die Verfahren durch den Unterkiefer oder unterhalb desselben. Mag man nun nach Langenbeck oder Kocher, Bergmann oder subhyoidal vorgehen, stets ist die perorale Intubation ein grosser Vortheil, denn in jedem Falle

1. erleichtert sie in hohem Maasse die Narkose, vereinfacht sie und lässt sie continuirlich werden;

2. lässt sie allen Lagewechsel, hängenden Kopf etc. entbehren, vereinfacht also abermals das Vorgehen;

3. bietet alle Garantien für die Vermeidung der Blutaspiration;

4. durch die Ungenirtheit des Vorgehens und die Ruhe des Operateurs giebt sie dem Operateur eine gute Uebersicht über das Operationsterrain;

5. dabei gestattet sie, in Folge der Auseinanderziehbarkeit der Theile mit viel geringerer Verletzung von Nachbarorganen durchzukommen als die Voroperationen weniger eingreifend zu gestalten.

6. Infolgedessen ist auch die Nachbehandlung leichter, der Schluckact besser, die Expectoration leichter.

Die perorale Intubation dürfte am ehesten bei einem subhyoidalen Vorgehen zu entbehren sein (Langenbeck, Gluck). Bei der Larynxexstirpation (Gluck) kommt sie nicht in Frage.

Discussion:

Imhofer (Prag) fragt an, ob nicht gelegentlich der Tubage Decubitus eintreten könne, was Kuhn verneint.

Rosenberg (Berlin) schliesst sich Kuhn an.

Max Mann (Dresden): Wie verhält sich der Tubus beim Erbrechen?

Kuhn: Erbrechen wird durch die Intubation unterdrückt (Schluss der Rima glottidis).

R. Hoffmann (Dresden) fragt an, ob die Nachwirkungen nach dieser Methode mildere sind.

Kuhn: Die Narkose ist nach Tubage leichter, kleine Mengen Chloroform reichen aus.

Kuhn: Schlusswort.

Sitzung vom 18. September, Nachmittags $^{1}/_{2}3$ Uhr.

Vorsitzender: Gerber (Königsberg).

1. Imhofer (Prag): Demonstration eines Tumor cavernosus des Stimmbandes im Anschluss an die Vormittags-Discussion Rosenberg (Berlin).

2. Scherer (Bromberg): Salzsäuremangel bei Nebenhöhleneiterung.

Da über den Zusammenhang zwischen Nebenhöhleneiterungen und organischen Erkrankungen des Magens in der Literatur wenig Positives zu finden ist, berichtet Vortragender über folgende Fälle: Bei einem jungen Mädchen bestand eine chronische Kieferhöhleneiterung, daneben viel Magenbeschwerden. Die genaue Untersuchung des Mageninhaltes ergab vollständiges Fehlen freier Salzsäure, reichlich Milchsäure, wenig Buttersäure, daneben verschiedene Fäulnissbakterien und Gährungserreger. Die krankhaften Magenbefunde und subjectiven Beschwerden verschwanden nach Behandlung der Kieferhöhlenerkrankung dauernd. In einem Falle von Ozaena, wo ebenfalls Fehlen freier Salzsäure und reichliche Milchsäure festgestellt wurde, brachten entsprechende Diät und regelmässige Magenspülungen keine Besserung. Die Zustimmung zu einer gründlichen Behandlung des Nasenleidens, die wohl zu einer Beseitigung des Magenleidens geführt haben würde, wurde von der Patientin nicht gegeben. Vortragender fordert zu weiteren Beobachtungen auf.

Discussion: Rosenberg (Berlin) weist auf die allgemein bekannte Thatsache hin, dass durch Verschlucken von Eiter bei Naseneiterungen Verdauungsstörungen verursacht werden, worauf auch im Boas'schen Archiv für Verdauungskrankheiten Treitel aufmerksam gemacht hat.

3. Kügler (Schweidnitz): Zur Behandlung der chronischen Oberkiefereiterung.

Vortragender demonstrirt ein von ihm construirtes Instrument, Vereinigung von Stanze und Troikar, mit welchem leicht in der lateralen Nasenwand des unteren Nasenganges ein beliebig grosses Loch angelegt werden kann. Das Instrument soll anderen Orts näher beschrieben werden.

Discussion:

Krebs ist für Ausspülung des Kieferhöhle von der natürlichen Mündung.

R. Hoffmann (Dresden): Bei Kieferhöhleneiterung zunächst Entfernung der cariösen Zähne und Punction vom unteren Nasengange. Heilt die Kieferhöhle so nicht aus, dann Freilegung der Höhle intranasal im unteren Nasengange, wenn dies keinen Erfolg hat, dann Radicaloperation nach Denker mit Entfernung der Schleimhaut, aber Erhaltung der unteren Muschel.

Rosenberg (Berlin) empfiehlt Operation vom unteren Nasengange mit Meissel und Hammer.

Gerber (Königsberg) bevorzugt den mittleren Nasengang zur Punction der Kieferhöhle und empfiehlt bei Radicaloperation völlige Entfernung der Nebenhöhlenschleimhaut.

Imhofer (Prag) weist bei Punction vom mittleren Nasengang auf die Möglichkeit der Verletzung der Orbita (Hajek) hin.

4. R. Panse (Dresden): a) Erklärung von Instrumenten.

1. Ein leicht am Stirnspiegel anzubringendes und mit einem Handgriff wieder zu entfernendes Aluminiumschutzblech gegen Aushusten und Spucken.
2. Sterilisirbare Ansätze an Pulverbläser für Nase und Hals.
3. Einen Trichter für Narkose durch die Nase bei Gesichtsoperationen.
4. Eine Verbindung von Gottstein's und Beckmann's Ringmesser.

b) Ueber Nasenspülungen:

Vortragender lässt Nasenspülungen derart machen, dass ein gewöhnliches Wasserglas gefüllt an ein Nasenloch gesetzt und durch leichtes Rückwärtsneigen der Inhalt eingegossen wird. Da kein Druck vorhanden, ist kein Eindringen des Wassers in die Tube zu befürchten. Laues Salz- bis allmählich kaltes Wasser bringt einfache Muschelschwellungen zum Schwinden. Beifügung von Natron und Brunnensalzen bei Borkenbildung.

Discussion:

Barth (Leipzig) empfiehlt Gurgelungen des Nasenrachenraumes.

Rosenberg ist für Anwendung der Clysopompe zum Ablösen von Borken.

Blumenfeld verwirft Nasenspülungen.

Kayser trägt Bedenken gegen die Erklärung Panse's, die Nasenschleimhaut wie die Haut durch kaltes Wasser abzuhärten, da die Nasenschleimhaut gegen Temperaturreize anders als die Haut reagirt.

Imhofer weist auf heisse Nasenspülungen hin (s. Annales des maladies des oreilles).

Panse: Schlusswort.

5. Gutzmann (Berlin): Ueber normale und pathologische Sprachaccente.

Man unterscheidet gewöhnlich drei Accente: den musikalischen, den dynamischen und den zeitlichen. Der Vortragende bespricht die verschiedenen Verfahren der Aufnahme dieser drei Accente in der normalen Sprache sowohl wie bei den verschiedenen Sprachstörungen. Während die durchschnittliche Sprechtonhöhe bei erwachsenen Männern von A bis e, bei Frauen und Kindern von a bis e′ reicht, umfasst der musikalische Accent der gewöhnlichen ruhigen Sprechweise nur eine Terz, ab und zu eine Quart, manchmal eine Quint. Sowohl die durchschnittliche Sprechtonhöhe wie die Cadenzen werden ausserordentlich erhöht bei allen spastischen Störungen der Sprache und Stimme; nur bei Gaumenspalten findet man eine Vertiefung. Der dynamische Accent wird schwer mittels unsres Gehörs beurtheilt. Objective Messungen sind hier zuverlässiger, allerdings sind die directen Messungen der Stimmstärke sehr umständlich und der Vortragende schlägt vor, sich vorwiegend auf die Messung der Bewegungen an den verschiedenen Stellen des Articulationsrohres, nach seinen Beobachtungen den Stimmstärken besonders entsprechenden (Kehlkopfbewegung) zu beschränken. Auch hier zeigt sich bei den spastischen Sprachstörungen gewöhnlich eine bedeutende Vergrösserung des dynamischen Accentes.

Endlich ist der zeitliche Accent bisher noch wenig Gegenstand der systematischen Untersuchung gewesen. Das Verhältniss von Vokal zu Konsonant ist jedenfalls so, dass der Vokal überwiegt. Bei pathologischen Verhältnissen treten bestimmte Veränderungen dieser zeitlichen Verhältnisse ein, so beim Stottern eine Verschiebung zu Gunsten der konsonantischen Elemente.

Zum Schluss hebt der Verfasser hervor, wie aus der sorgsamen, besonders der graphischen Untersuchung sich nicht nur ganz bestimmte leicht ersichtliche Indicationen für die Therapie der Stimm- und Sprachstörungen ergeben, sondern wie sich auch mittels derselben eine ständige Controle des erzielten therapeutischen Effectes bewirken lässt.

Discussion: Barth (Leipzig).

6. Gutzmann: Zur Diagnose und Therapie der Sigmatismen.

Vortragender bespricht zunächst kurz die Bildung der normalen S-Laute, um sodann zu den verschiedenen Formen des Lispelns (Sigmatismus) überzugehen. Ausser den bekannten Formen beobachtete er zwei weitere: eine, bei der die Zungenspitze zu weit nach hinten gelegt wird und anstatt des „S" eine Art „Sch" gehört wird: Sigm. retrodentalis und eine, bei welcher der vordere Zungenrand dicht an die geschlossenen Zahnreihen herangedrückt wird. Der akustische Effect ist in dem letzteren Falle derselbe wie beim gewöhnlichen Lispeln (Sigm. interdentalis). Nur die genauere Diagnose der einzelnen Lispelformen giebt die Möglichkeit einer erfolgreichen Behandlung. Zur Diagnose benutzt G. einerseits die Prüfung der

Luftstromrichtung und -stärke bei der Aussprache der S-Laute, andererseits gewisse Färbmethoden. Er färbt den Gaumen mit Ultramarinblau, das bei der Aussprache des S an den Stellen von der Zungenoberfläche aufgenommen wird, wo diese den Gaumen berührt. Daraus beurtheilt er die Zungenlage. Zur Behandlung verwendet er verschiedene dem Einzelfalle entsprechend gekrümmte Sonden.

---

c) Gesellschaft sächsisch-thüringischer Kehlkopf- und Ohrenärzte zu Leipzig.

Sitzung am 4. Mai 1907.

1. Trautmann demonstrirt einen Fall von Lähmung des linken Musc. posticus laryngis, des weichen Gaumens und der Rachenwand, auf der gleichen Seite, ohne bekannte Ursache plötzlich entstanden und ohne Behandlung in 3 Wochen wieder geheilt. Es bestand gleichzeitig eine subacute Mittelohreiterung ohne Complication. Sensibilität des Rachens und Kehlkopfes herabgesetzt, geringe Schmerzen an der linken Halsseite. Nervenstatus und Augenhintergrund ohne Besonderheiten; Puls und Athmung normal. T. hält die Erkrankung für eine Neuritis n. vagi, das Zusammentreffen mit der Mittelohreiterung als zufällig.

2. Lauff's zeigt zwei Fälle von stürmisch einsetzender Stirnhöhleneiterung, welche der Klinik zur Operation zugewiesen waren, bei welchem aber die endonasale Behandlung genügte. In dem einen bestand Fieber bis 38,4°, sehr starke Schmerzen, Periostitis der facialen und orbitalen Stirnbeinwand, hochgradiges Oedem des oberen Augenlides und Exophthalmus. Heilung nach drei Wochen unter täglichen Ausspülungen. Ausserdem Vorstellung eines Mannes mit anfallsweise auftretendem hysterischen Spasmus laryngis bei gleichzeitiger chronischer Laryngitis, bei welchem anderwärts schon die Ausführung der Tracheotomie beabsichtigt war. Barth.

VI. Briefkasten.

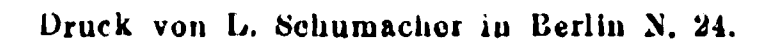
Personalnachrichten.

Prof. O. Chiari (Wien) ist zum k. k. Hofrath ernannt worden.

Eine Stilblüthe.

Dem Katalog eines medicinischen Buchhändlers entnehmen wir folgendes köstliche Stilpröbchen:

„Wir kaufen jederzeit laryngologische und otologische Zeitschriften, Monographien, sowie auch alle anderen medicinischen Specialgebiete (!) zu angemessenen Preisen."



Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, Februar. 1908. No. 2.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente.

1) **A. Schönemann** (Bern). **Bericht über die Thätigkeit meines oto-rhino-laryngologischen Privatambulatoriums vom 1. October 1905 bis 1. April 1907 mit anschliessenden klinisch-casuistischen Betrachtungen.** *Mit 1 Abbildg. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 7. 1907.*

Bericht über einen Fall von „Meningitis cerebrospinalis purulenta nach Adenotomie, Exitus letalis" bei einem 11jährigen Knaben. Die Ursache der Meningitis konnte nicht nachgewiesen werden, die ersten meningitischen Erscheinungen traten 14 Tage nach der Adenotomie auf; Autopsie wurde nicht gestattet.

Die übrigen kasuistischen Mittheilungen sind otologischer Natur. HECHT.

2) **Charles Graef. Einige den Practiker interessirende Punkte bei Hals-, Nasen- und Ohrenaffectionen der Kinder. (Some points in ear, nose and throat conditions in children of interest to general practitioners.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Juli 1907.*

Verf. bespricht den Einfluss acuter Rhinitis und adenoider Vegetationen auf die Entstehung acuter Mittelohrentzündungen. Er stellt die Behauptung auf, dass für die Aetiologie der adenoiden Wucherungen das Saugen des Kindes an Gummipfropfen in Betracht komme: es entstände eine Deformität des nasalen und pharyngealen Raumes und ein partielles Vacuum, das die Natur auszufüllen strebe (!) Er bespricht ferner die Mandelhyperplasie, den spastischen Croup und die Fremdkörper der Nase. LEFFERTS.

3) **Sendziak** (Warschau). **Ueber den Zusammenhang von Störungen in den oberen Luftwegen mit Krankheiten des Circulationsapparates.** *Med. Klinik. No. 10. 1907.*

Interessante Abhandlungen der einschlägigen Verhältnisse. SEIFERT.

4) **Huber. Fall von Lupus der oberen Luftwege.** *Orvosi Hetilap. No. 1. 1907.*

Weicher Gaumen, Uvula, Gaumenbogen, Rachen voll von Lupusknötchen. Epiglottis himbeerartig, stark geschwollen. Valleculae und Sinus piriformes voller Lupusknötchen. v. NAVRATIL.

5) **Wolters** (Rostock). **Die Heilung eines Falles von primärer, ascendirender Schleimhauttuberculose der oberen Luftwege durch Jod und Quecksilber.** *Dermatolog. Zeitschr. XIV. 9. 1907.*

Eine 33jährige Frau mit Tuberculose des Schlundes und des Kehlkopfes konnte durch interne Jodkali-Medication und Hg-salicyl.-Injectionen ohne jede Localtherapie geheilt werden. Die Diagnose auf Tuberculose wurde durch das Thierexperiment (Theile der Epiglottis Meerschweinchen intraperitoneal geimpft), sowie durch die histologische Untersuchung excidirter Stücke der Epiglottis sicher gestellt.

SEIFERT.

6) **K. Grünberg** (Rostock). **Zur Jod- und Quecksilberbehandlung der Tuberculose in Nase, Schlund und Kehlkopf.** *München. med. Wochenschr. No. 34. 1907 und N. Y. Medical Journal. 14. September 1907.*

Bezugnehmend auf seine frühere Mittheilung, in der er den curativen Einfluss des Jodkaliums auf die primäre Tuberculose der oberen Luftwege an einer Reihe Fälle der Körner'schen Klinik berichtete, schildert Autor „einen Fall von absolut sicherer schwerer Tuberculose des Gaumens, des Pharynx und namentlich des Kehlkopfs . ., bei dem die Hg-Behandlung einen geradezu überraschenden Einfluss ergab". Unter eingehender Erörterung der einschlägigen Literatur, namentlich der Beobachtung von Avelino Martin kommt G. zu dem Schlusse, dass wir „endlich mit der Anschauung brechen müssen, dass die Lues die alleinige Domäne für die Jk.-Hg-Therapie abgebe" und zugestehen müssen, „dass es auch tuberculöse Processe gebe, welche durch die gleichen Mittel günstig beeinflusst und zur Heilung geführt werden können".

HECHT.

7) **Gustav Spiess** (Frankfurt a. M.). **Die therapeutische Verwendung des negativen Drucks (Saugwirkung) bei der Behandlung der trockenen und atrophischen Katarrhe der Nase und des Rachens.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie Bd. 17. S. 179.*

Spiess hat einen besonderen Apparat construirt — eine kleine durch einen Elektromotor betriebene Luftpumpe, die an ihrem unteren Ende durch einen Dreiwegehahn in drei Rohransätze endigt — mit welchem er an jeder Stelle der Nasen- und Rachenschleimhaut eine in ihrer Intensität abstufbare Saugwirkung ausüben könne. Die trockene Schleimhaut erscheint nach dem Ansaugen intensiv roth, feucht und glänzend; die Wirkung hält erst nur einige Stunden, bei öfterer Wiederholung Tage lang an, um schliesslich in Dauerheilung überzugehen. — Spiess empfiehlt seinen Apparat auch bei Erkrankungen der Nebenhöhlen zur Ansaugung etwa vorhandenen Secretes als diagnostisches Hilfsmittel.

F. KLEMPERER.

8) **P. Hellat. Wärme als Heilmittel bei Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten. (Teplo kak letschebnoje sredstwo pri uschnich, nosowich i gorlowich bolesnjách.)** *Nowoje w Medizine. No. 10. 1907.*

Vortrag, gehalten zum X. Pirogow-Congress. Kurz im Sitzungsberichte referirt.

P. HELLAT.

9) **Friedmann** (München). **Kollargol und seine Anwendung bei Ohren-, Nasen- und Halserkrankungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 41. 1907.*

In 1—5proc. Lösung ist Kollargol ein vorzügliches Mittel zu Pinselungen oder Injectionen bei den acuten und chronischen Affectionen der oberen Luftwege. Autor empfielt das Kollargol als vorzüglichen Ersatz des Höllensteins; neben seinen antiseptischen Fähigkeiten wirkt es anämisirend und schmerzlindernd. Auch bei Affectionen der Nasennebenhöhlen hat es sich nach Verf. vielfach bewährt.

HECHT.

10) **Rudolf Emmerich** (München). **Die Pyocyanase als Prophylacticum und Heilmittel bei bestimmten Infectionskrankheiten.** *Mit 1 Abbild. und 4 Curven. Münch. med. Wochenschr. No. 45 u. 46. 1907.*

Die Pyocyanase, ein in Pyocyaneus-Culturen gebildetes bakteriologisches Enzym lässt sich in bakterienfreier, concentrirter Lösung gewinnen und besitzt die Fähigkeit, eine grosse Reihe der verschiedenartigsten Bacillen, darunter auch den Diphtheriebacillus, in grossen Mengen und in kurzer Zeit abzutödten und aufzulösen. Die mit Pyocyanase vorgenommenen Versuche brachten in therapeutischer und prophylactischer Richtung bei der Diphtherie überraschende Erfolge. Die gleiche Wirkung wie dem Diphtheriebacillus gegenüber entfaltet die Pyocanase auch auf Strepto- und Staphylokokken, so dass — als Vorzug vor dem Diphtherieserum — auch die schweren, septischen Diphtherien durch sie äusserst günstig beeinflusst werden. Ausserdem entfaltet das proteolytische Enzym der Pyocyanaselösung eine membranauflösende, trypsinähnliche Wirkung, sodann zeigt sich noch eine specifische, die Restitution der Schleimhaut unterstützende, vielleicht chemotactische Heilwirkung. In mehreren Kapiteln berichtet Autor über seine Versuche und Erfolge, die durch Pfaundler, Zuelzer und Escherich nachgeprüft wurden, und deren Resultate gleichfalls in der Arbeit mitgetheilt und erörtert werden. Die einzelnen Kapitel behandeln: 1. „Die Behandlung der Diphtherie mit Pyocyanase“, 2. „Die experimentellen Grundlagen der Pyocyanasebehandlung der Diphtherie“, 3. „Die Methode der Pyocyanasebehandlung der Diphtherie“ und 4. Eingehender Bericht und epikritische Würdigung einer grösseren Reihe von Krankengeschichten, deren Studium den erstaunlichen Erfolg der neuen Emmerich'schen Therapie vor Augen führt. Die therapeutische Verwerthung der Pyocyanase geschieht durch mehrmals im Tage zu wiederholendes Aufsprayen der Pyocyanase-Lösung auf die erkrankten Theile, in der Zwischenzeit eventuell auch Gurgelungen mit Pyocyanase-Lösung. Bezüglich weiterer Details der interessanten Arbeit muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

11) **Weissmann** (Lindenfels). **Ueber Versuche mit Formaminttabletten.** *Aerztl. Rundschau. No. 44. 1907.*

Die klinischen Beobachtungen des Autors zeigen, dass Formamint sich bei infectiösen Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle als durchaus brauchbares Mittel erweist.

SEIFERT.

12) **F. E. Miller. Localanästhesie bei Nasen- und Ohrenoperationen. (Local anesthesia for nasal and aural operations.)** *N. Y. Medical Record. 9. März 1907.*

Nichts wesentlich Neues enthaltende Angaben über Cocain-Adrenalin-Anästhesie.
LEFFERTS.

13) **Bonain. Mischung zur Localanästhesie bei Operationen am Ohr, Nase und Kehlkopf. (Mixture for producing local anaesthesia for operations on the ear, nose and larynx.)** *N. Y. Medical Journal. 24. August 1907.*

B. hat im Jahre 1898 zur Anästhesirung des Trommelfells eine Combination empfohlen, bestehend aus gleichen Theilen crystallisirten Menthols, Cocain. hydrochlor. und reiner weisser Carbolsäure. Werden diese zusammen in einem Mörser gerieben, so giebt es eine Mischung von Syrupconsistenz. Cousteau und Lafay haben dazu Adrenalin. hydrochlor. im Verhältniss von 1 : 1000 hinzugefügt, wodurch der anästhetische Effect gesteigert und die Gefahr einer Cocainintoxication verringert wird. Bei Operation in Nase und Hals empfiehlt sich, vorher mit einer 1proc. Cocainlösung zu pinseln, um dann die Application der stärkeren Lösung weniger unangenehm zu gestalten. Verf. hat diese Lösung in den letzten Monaten in hunderten von Fällen zur völligen Zufriedenheit angewandt. Die Lösung hat den Vortheil, dass sie im Pharynx nicht die unangenehmen Empfindungen hervorruft, wie die gewöhnliche Cocainlösung.
LEFFERTS.

14) **Rich. Loewenberg** (Berlin). **Zur Anästhesirung der Schleimhaut der oberen Luftwege.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 358.*

L. hat eine Spritze construirt, die das Princip der Spritze mit dem des Tamponträgers combinirt. Die Ansatzstücke sind mit Watte armirt, welche durch Drehen der Kolbenstange mit der in der Spritze befindlichen Cocainlösung sich durchtränkt. Das als „Cocainophor“ bei Louis und H. Löwenstein (Berlin) käufliche Instrument dient der Ersparniss an Cocain.
F. KLEMPERER.

15) **G. Paludetti. Das Stovain. Seine Anwendung in der Oto-Rhino-Laryngologie. (La stovania. Sue applicazioni in Oto-Rino-Laringoiatria.)** *Atti della Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica di Roma. 1906.*

Als Hauptvorzug dem Cocain gegenüber wird die geringe Giftigkeit des Stovains gerühmt.
FINDER.

16) **Stein** (Wiesbaden). **Hart- oder Weichparaffin.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 45. 1906.*

Der Autor betont, „dass es sich heute gar nicht mehr darum handelt, ob man Hart- oder Weichparaffin nimmt, sondern vielmehr darum, ob man das Paraffin überhaupt in flüssigem oder in festem Zustande in den Körper einbringt.“

Emboliefälle lassen sich nach Ansicht des Verf. vermeiden bei 1. Verwendung kalten, nichtflüssigen Injectionsmaterials, 2. Beschränkung der einmaligen Injectionsmenge auf höchstens 2—3 ccm, 3. Vertheilung der einzelnen Injectionen auf mehrere zeitlich weit auseinanderliegende Sitzungen.
ALBANUS (ZARNIKO).

17) **Eckstein** (Berlin). **Entgegnung auf obenstehende Bemerkungen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 45. 1906.*

Der Autor betont, dass er Hartparaffin, d. h. ein Paraffin von hohem Schmelzpunkt entweder injicire oder in hartem Zustande implantire. Wie es in den Körper hineinkomme sei gleichgültig, die Hauptsache sei, dass wirkliches Hartparaffin benutzt würde.

ALBANUS (ZARNIKO).

18) **Stein** und **V. Saxtorph** (Kopenhagen). **Eine neue Paraffinspritze nebst Bemerkungen über Paraffinschmelzpunkte. (En ny Paraffinsprőcte og Bemærkninger om Paraffinsmeltepunkter.)** *Hosp. Tidende. 1907.*

Die Arbeit ist hauptsächlich im Archiv für Laryngologie, 19. Band, S. 530, 1907 wiedergegeben.

E. SCHMIEGELOW.

b. Nase und Nasenrachenraum.

19) **Burchardt** (Bonn). **Die Luftströmung in der Nase unter pathologischen Verhältnissen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 123.*

B.'s Untersuchungsmethode war folgende: An einem sagittal halbirten Schädel wurden die Weichtheile mit Gyps modellirt und an Stelle des Septums eine Glasplatte angebracht; mittels einer Luftpumpe wurde Rauch durch die Nase aspirirt und so der Weg des Luftstroms objectiv und unmittelbar sichtbar gemacht.

Mittels dieser Methode stellte B. fest, dass die normale Luftströmung durch geringfügige Anomalien im Bau des Naseninnern nicht nachweisbar beeinflusst wird, dass aber gröbere Veränderungen — ausgesprochene Hyperplasien, Fehlen der Muscheln oder eines grösseren Theiles derselben, Tumoren der Nase oder des Rachens — im Stande sind, die Bahn der Ein- und Ausathmungsluft erheblich abzulenken. Im Allgemeinen treten an Stellen, wo dem Luftstrom grössere Hindernisse entgegenstehen, Wirbel auf, während hinter derartigen Hindernissen die Luft stagnirt. Bei Defecten ganzer Muscheln wird die Bahn des Luftstroms in toto verschoben. Durch die Veränderung der Luftbewegung werden die physiologischen Aufgaben der Nasenathmung, die Reinigung der Athmungsluft, ihre Anwärmung und Anfeuchtung, erschwert und geschädigt. Für die Praxis ergiebt sich daraus der Schluss, dass destructive Operationen in der Nase, wie z. B. die Entfernung einer Muschel oder des grösseren Theiles einer solchen, nicht zu den indifferenten Eingriffen zählen dürfen.

F. KLEMPERER.

20) **L. Rethi. Bemerkung zu vorstehender Publication.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 367.*

R. hat vor 5 Jahren bereits mittels ähnlicher Methode wie Burchardt die Luftströmung in pathologisch veränderten Nasen untersucht und ist im Wesentlichen zu den gleichen Resultaten gelangt wie Burchardt.

F. KLEMPERER.

21) **C. Hawthorne. Recidivirende Epistaxis mit multiplen Telangiectasien der Haut. (Recurring epistaxis with multiple telangiectases of the skin.)** *Lancet. 13. Januar 1906.*

49jährige Frau hat rothe Flecken im Gesicht und an den Fingerspitzen seit

ihrer Kindheit. Sie hatte wiederholt Nasenbluten; ein Bruder und Schwester bieten ähnliche Erscheinungen dar. Jedes ihrer neun Kinder leidet an häufigem Nasenbluten. Eine Untersuchung der Nase konnte nicht vorgenommen werden.

ADOLPH BRONNER.

22) **Wiesner. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 15. September 1906.*

W. empfiehlt folgendes Pulver zu schnupfen:

Rp. Antipyrin 0,5
Acid. tannic. 1,0
Sacch. pulv. cr. 10,0.

LEFFERTS.

23) **Rabasa** (Barcelona). **Ein Fall von vicariirendem Nasenbluten. (Un caso de epistasis vicariante.)** *Rivista Barcelonesa de laringologia. No. III.*

Fall von Nasenbluten, das vicariirend für die Menses eintrat.

TAPIA.

24) **Anton Wiesner. Epistaxis bei Hämophilie. (Epistaxis in Haemophilia.)** *N. Y. Medical Journal. 3. Februar 1906.*

Neben der localen Behandlung empfiehlt Verf.:

Rp. Calcium chloric. 4 Theile
Syrup. papaveris 20 Theile
Aqua dest. 100 Theile.

Theelöffelweise im Laufe des Tages zu nehmen.

Auch Gelatine in Geléeform, durch Zusatz von Orangensyrup schmackhaft gemacht, kann in grossen Dosen gegeben werden.

LEFFERTS.

25) **Felix Miodowski** (Breslau). **Ueber die Betheiligung der Nasenschleimhaut bei septischen Zuständen, zugleich ein Beitrag zur Pathogenese des „unstillbaren" Blutens.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 249.*

In 2 Fällen von allgemeiner Sepsis constatirte Verf. bei der Section eine bakterielle Erkrankung der Nasenschleimhaut; in dem einen Falle war dieselbe die Quelle eines unstillbaren septischen Nasenblutens gewesen, welches den Tod mit verschuldet hatte. Das Wesen der Erkrankung bildeten Hämorrhagien und Nekrosen, entzündliche Erscheinungen fehlten.

F. KLEMPERER.

26) **E. Leech. Salicylismus und Epistaxis. (Salicylism and epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 11. Mai 1907.*

Anlässlich mehrerer während einer Influenzaepidemie beobachteter Fälle von Nasenbluten spricht Verf. die Vermuthung aus, dass letzteres mehr auf Rechnung der verabreichten Salicylpräparate als auf die Krankheit selbst zurückzuführen sei; es könne auch sein, dass nur unreine Präparate an dem Nasenbluten schuld sind.

LEFFERTS.

27) **V. de Cigna. Beziehung zwischen Epistaxis und Hirnblutung. (Rapporto tra epistassi ed emorragia cerebrale.)** *Clinica Moderna. 3. Juli 1907.*

Verf. hat 26 Fälle gesammelt, in denen längere oder kürzere Zeit nach dem Nasenbluten Gehirnblutungen auftraten; es ist dies der Fall bei arteriosklerotischen

oder plethorischen Individuen. Bei diesen muss man wiederholtes Nasenbluten als ein prämonitorisches Zeichen auffassen und auf die Prophylaxe einer Hirnblutung bedacht sein.

FINDER.

28) **S. Prior** (Dänemark). **Doppelseitige Unterbindung der Carotis communis wegen postoperativer Epistaxis. (Dobbeltsidig Underbinding af Carotis communis for postoperativ epistaxis.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 46. 1907.*

8 Tage nach galvanocaustischer Entfernung der Concha inferior sinistra trat bei einem 24jährigen Mädchen starke Blutung von der linken Seite, die nicht durch Tamponade gestillt werden konnte, auf. Wegen Indicatio vitalis wurde Ligatur und Durchschneidung der Carotis communis sinistra gemacht. Die Blutung stand gleich, aber fing wieder nach 11 Tagen an. Trotz Tamponade ständig Blutung, nun Ligatur und Durchschneiden der rechten Carotis communis. Keine unangenehme Folgen.

E. SCHMIEGELOW.

29) **Nordentoft Severin** (Dänemark). **Bemerkungen zu den Mittheilungen des Herrn Dr. Prior über die doppelseitige Unterbindung von Carotis communis bei postoperativer Epistaxis. (Bemärkninger i Anledning af Hr. Laege Prior's Meddelelse om dobbeltsidig Underbinding af Carotis communis for postoperativ Epistaxis.)** *Ugeskrift for Laeger. 5. December 1907.*

Kritisirt mit Recht die Berechtigung des Dr. Prior, beide Carotides communes im Falle von postoperativer Epistaxis zu unterbinden; wäre eine Unterbindung überhaupt nothwendig gewesen, sollte man jedenfalls nur die Carotis externa und nicht communis unterbinden.

E. SCHMIEGELOW.

30) **B. Fränkel** (Berlin). **Die Entwickelung der Lehre von der Ozaena.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 52. 1906.*

An seinem 70. Geburtstag erinnert der Autor an seine 1874 verfasste Arbeit über Nasenerkrankungen, speciell über die Ozaena. Er sagte damals, nachdem er die Unterscheidung in atrophirenden und hyperplastischen Katarrh der Nase eingeführt hatte, und indem er die Ozaena dem atrophirenden Katarrh anreihte, dass bei dieser Erkrankung durch den Zellenreichthum, durch die Klebrigkeit, die der Eiweissgehalt in den Secreten bedingt, und die Flüssigkeitsarmuth der Absonderungen, die nun von dem darüberstreichenden Luftstrom ausgetrocknet würden, in der Nase Borken entständen. Dazu käme bei der Ozaena ein Ferment, welches die stinkende Zersetzung in den Borken bedinge. Jedenfalls aber sitze der Gestank in den Borken; wenn man diese aus der Nase entferne, verschwinde der Gestank.

Dann lässt der Autor die meisten Theorien über die Ozaena Revue passiren und constatirt, dass man im Allgemeinen nicht viel über seine damalige Theorie hinausgekommen sei.

Vor Allem sollten die bakteriologischen Studien über die Ozaena, die zugleich über die Uebertragbarkeit Aufschlüsse gewähren würden, fortgesetzt werden. Der Autor selbst hat auf das gehäufte Auftreten in gewissen Familien hingewiesen.

ALBANUS (ZARNIKO).

31) **Lermoyez** (Paris). **Die Contagiosität der Ozaena. (La contagion de l'ozène.)** (B. Fränkel [Berlin] zu seinem 70. Geburtstage gewidmet.) *Berliner klin. Wochenschr. No. 47. 1906. N. Y. Medical Journal. 22. December 1906.*

Der Autor versucht die Schwäche sämmtlicher Theorien über die Entstehung der Ozaena nachzuweisen und betont, dass allein die Annahme einer infectiösen Erkrankung sich mit den klinischen Thatsachen vereinbaren lasse. Er führt selbst zu diesem Beweise 6 Beobachtungen von Familien an, wo nach der Erkrankung eines Familienmitgliedes eine Erkrankung eines zweiten, event. dritten (einmal Mutter und Tochter, zweimal Bruder und Schwester, einmal Bruder, einmal Wärterin und Kind, und einmal Ehefrau, Ehemann und Kind) an Ozaena folgte; Syphilis war dabei auszuschliessen.

Dabei vergleicht der Autor die Art der Ansteckung mit der der Tuberculose, wo auch nur eine längere und innigere Berührung des Erregers mit einem günstigen Boden die Erkrankung zum Ausbruch kommen lässt. Die Nasenform habe weniger Bedeutung, wenn nur der Erreger in sie eindringe, der nach Allem nicht sehr virulent sein könne.

Der Autor meint, dass die Krankheit besonders bei der schlechter situirten Klasse, bei Unterernährten vorkomme, und dass besonders Wäscherinnen, die Taschentücher von Ozaenakranken wüschen, der Krankheit ausgesetzt seien. Auch prädisponirten vernachlässigte Rhinitiden und hereditäre Syphilis.

Am Schluss fordert der Autor, dass Ozaenakranke zu grösster Vorsicht gegen ihre Umgebung, namentlich Kinder, wegen der Ansteckungsgefahr, angehalten werden müssten.

ALBANUS (ZARNIKO).

32) **Sforza** und **Rizzuti. Ueber einen neuen aus den Borken der Ozaenakranken isolirten Bacillus pyogenes foetidus. (Sopra un nuovo bacillo piogeno fetido isolato della crosta di malati di ozena.)** *Giornale medico del R. Esercito. Juni 1906.*

Den Autoren ist es gelungen, in den Borken der Ozaenakranken einen fakultativ anaeroben Mikroorganismus nachzuweisen, einen kurzen, feinen Bacillus mit abgerundeten Enden, der sehr beweglich ist, sich nach Gram färbt, in seinem Protoplasma Vacuolen zeigt und, wenn er direct aus dem thierischen Organismus kommt, eine Kapsel hat. Die Autoren schildern die culturellen und biologischen Eigenschaften des Mikroorganismus, der für Kaninchen, Meerschweine und weisse Mäuse pathogen ist. Er unterscheidet sich von den bisher beschriebenen durch seine grosse Beweglichkeit, durch die Eigenschaft, Gelatine zu verflüssigen und die eigenthümliche pathogene Wirkung auf die Versuchsthiere. Es ist nicht sicher, dass es der Erreger der Ozaena ist, er trägt aber nach Ansicht der Verff. bestimmt zur Erzeugung des Foetor bei.

FINDER.

33) **Hopmann** (Köln). **Sicheres und Unsicheres über Ozaena.** (Vortrag, gehalten beim 10. Stiftungsfeste des Vereins Westdeutscher Hals- und Ohrenärzte zu Köln am 21. April 1907.) *Monatschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 5. 1907.*

Historischer Ueberblick über Aetiologie, Pathologie und Therapie der Ozaena, der sich zu einem zusammenfassenden Referat nicht eignet.

HECHT.

34) **T. Lucrezio. Hochfrequente Ströme in der Behandlung der Ozaena. (Currents of high frequency in the treatment of Ozaena.)** *N. Y. Medical Record. 8. December 1906.*

Verf. findet in der Literatur 11 mit hochfrequenten Strömen behandelte Fälle von Ozaena; zwei davon sind von ihm selbst beobachtet. Die Behandlung ist einfach und die Resultate sind ausgezeichnet. Der Strom wird monopolar angewandt, wobei die Elektrode mit Paraffin überzogen ist. Durch die Therapie werden drei Indicationen erfüllt: Entfernung der Borken, antiseptische Wirkung und Anregung der regenerativen Functionen der Gewebe. Der Strom wird in Stärke von 3 Ampères gebraucht. Nach Erfahrung des Verf.'s giebt die vorgeschlagene Methode bessere Resultate als jede andere. LEFFERTS.

35) **Frese. Die Ursache des Geruchs bei Ozaena. (The cause of the odor of ozena.)** *N. Y. Medical Record. 20. April 1907.*

Das Hauptzersetzungsproduct des Eiweissmaterials sind flüchtige Fettsäuren, die von einer directen Umsetzung neutraler Fette herrühren. Die Secretion ist zuerst, wenn sie sich bildet, ohne Foetor, ihre Eigenthümlichkeit besteht jedoch darin, sich in Gegenwart von Mikroorganismen unmittelbar zu zersetzen. F. findet, dass der sogenannte Ozaenabacillus ausser Stande ist, diesen Process einzuleiten. Die Fäulnissproducte bei tertiärer Syphilis haben denselben Charakter, wie bei echter Ozaena. LEFFERTS.

36) **O. Frese** (Halle a. S.). **Ueber mikroskopische Würmer (Rhabditiden) im Magen einer Ozaenakranken.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 11. 1907.*

Bei einer über Magenbeschwerden klagenden Ozaenakranken fanden sich Monate lang in der Spülflüssigkeit des Magens mikroskopische Würmer, die Autor als Anguilluliden anspricht, und zwar um eine gewöhnliche im Freien lebende Form. Nach Annahme des Autors handelt es sich um eine zufällige Einfuhr derselben mit ungekochter Nahrung, wobei in dem Magen der Patientin günstige Bedingung für Aufenthalt und Vermehrung der Parasiten durch die reichliche Anwesenheit in Zerfall begriffener Eiweisssubstanzen (verschlucktes Ozaenasecret) gegeben war.

Im Darm konnten die Würmer niemals nachgewiesen werden. Züchtungsversuche gelangen nur unvollkommen. Eingehende Besprechung und Abbildung der Parasiten und Erörterung der einschlägigen Literatur. HECHT.

37) **Fein** (Wien). **Beitrag zur Lehre von der primären Tuberculose (Lupus) der Nasenschleimhaut.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 48. 1906.*

Bei einer im Uebrigen gesunden, 25jährigen Krankenwärterin, die nur einige geschwollene Drüsen unter dem Unterkiefer aufwies, wurde das vordere Ende der rechten unteren Muschel besetzt gefunden von kleinen Knötchen und Höckerchen, die bei Sondenberührung leicht bluteten. Auf dieser Stelle etwas schleimig-eitriger Belag. Abtragung der Veränderung, von der Patientin gar keine Beschwerden hatte, mit der kalten Schlinge. Mikroskopische Untersuchung ergiebt unter An-

derem eine Langhans'sche Riesenzelle in einem Knötchen. Impfung eines Meerschweinchens mit Theilen des Infiltrates positiv auf Tuberkelbacillen.

Trotz Curettement und Milchsäurebehandlung der Affection an der unteren Muschel bislang keine Heilung zu erzielen. Diagnose: isolirte, tuberculöse Erkrankung der Nasenmuschel. Verf. glaubt in diesem Falle eine aerogene, nicht eine durch directen Contact hervorgerufene Infection annehmen zu sollen, da die Localisation in diesem Falle nicht den durch den Finger gewöhnlich erreichbaren Stellen (Septum, Nasenboden) entspricht.

Hinweis des Verf. auf die Seltenheit des isolirten Processes und auf die Schwierigkeiten einer Differentialdiagnose zwischen Tuberculose und Lupus der Nasenschleimhaut, worüber event. nur der Umstand, „dass in den Fällen ausgesprochener Tuberculose die Knötchen oft im Zustande der Verkäsung angetroffen werden, was beim Lupus in geringerem Maasse oder gar nicht der Fall ist", eine gewisse Entscheidungsmöglichkeit bietet. Denn in histologischer Beziehung findet sich „bei beiden Processen das weisslichgraue Tuberkelknötchen mit den epitheloiden Zellen und Riesenzellen".

ALBANUS (ZARNIKO).

38) **Koenigstein. Ein Fall von Lupus nasi. (Przypadek wilka nosa.)** *Medycyna. No. 34. 1906.*

Verf. stellte ein 8jähriges Mädchen mit lupösen Geschwüren der Nase behaftet vor, bei der mittelst X-Strahlen eine rasche Vernarbung besonders auf dem Septum erzielt wurde.

A. v. SOKOLOWSKI.

39) **Cramer** (Coburg). **Zur Nasentuberculose.** *Wiener klin. Rundschau. No. 10. 1907.*

Zwei Fälle von tuberculöser Schleimhauterkrankung (auch der Muscheln) mit Osteitis tuberculosa.

CHIARI.

40) **James J. Campbell. Ein Fall von primärer syphilitischer Infection in der Nase. (A case of primary syphilitic infection in the nose.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1906.*

Am 19. October 1905 machte ein völlig gesunder Arzt bei einem Patienten, der am Praeputium einen indurirten Schanker hatte, die Circumcision. Fast zwei Monate später bemerkte der Arzt Verstopftheit der rechten Nase und rechtsseitigen Kopfschmerz. Am 28. December erhob Verf. folgenden Befund: Oberflächliche Nekrose der Schleimhaut des vorderen Endes der rechten unteren Muschel; nach Ablösung des Belages trat die blutende Schleimhaut zu Tage. Die Affection hatte Aehnlichkeit mit fibrinöser Rhinitis, beschränkte sich jedoch auf die untere Muschel und es war kein Ausfluss aus der Nase vorhanden. Da gleichzeitig eine Deviatio septi bestand, so war die Nase so gut wie verlegt. Am 8. Januar 1906, also 80 Tage nach der wahrscheinlichen Inoculation, trat Roseola auf und vier Tage später konnte Verf. die Diagnose auf Syphilis stellen.

EMIL MAYER.

41) **Albert Bardes. Syphilis der Nasenhöhle. (Syphilis of the nasal fossae.)** *N. Y. Medical Record. 10. November 1906.*

Der Aufsatz enthält nichts wesentlich Neues. Deformitäten in Folge von

Syphilis sollen nicht chirurgisch in Angriff genommen werden, bevor der Patient einer zweijährigen periodischen Cur unterworfen war, weil sonst Reizung und Geschwürsbildung eintreten könnten.

LEFFERTS.

42) **John N. Mackenzie. Die Behandlung der primären Syphilis der Nase und des Nasenrachens. (The treatment of primary syphilis of the nose and nasopharynx.)** *N. Y. Medical Journal. 24. November 1906.*

Verf. räth, ausser der Allgemeinbehandlung, auch locale Mittel bei Nasenschanker anzuwenden, nämlich Silbernitrat in Lösung oder in Substanz resp. eines seiner Ersatzmittel, Jodoform oder seine Aequivalente, Calomelpulver oder schliesslich Salben, wie Zinksalbe, und Säuren (Chrom-, Essig- oder Monochloracetsäure). Bei Anwendung letzterer Mittel muss darauf geachtet werden, dass ihre Application auf einer beschränkten Stelle geschieht, sonst kann Zerstörung des Knorpels die Folge sein. Aus diesem Grunde soll man auch niemals Salpetersäure gebrauchen; am meisten empfiehlt Verf. die Chromsäure.

LEFFERTS.

43) **J. D. Rolleston. Ein Fall von intranasalem Schanker, Nasendiphtherie vortäuschend. (A case of intranasal chancre simulating nasal diphtheria.)** *Lancet. 16. Juni 1906.*

28jähriger Mann hat seit 4 Wochen eine schlimme Nase; einige Tage lang bestand starke Schwellung und Schmerzen. Die unteren zwei Drittel der Nase waren roth und geschwollen und der rechte Nasenflügel auf der Innenseite mit einer membranösen Auflagerung versehen. Die linken Submaxillar- und Sternocleidomastoiddrüsen waren geschwollen. Auf dem Thorax polymorpher Ausschlag. Starke Kopfschmerzen. Normale Temperatur. Die Erscheinungen gingen unter Hg-Gebrauch zurück. Verf. theilt die einschlägige Literatur mit.

ADOLPH BRONNER.

44) **C. Giems** und **H. Ragat** (Lyon). **Syphilitischer Schanker der Nasenhöhlen. (Chancre syphilitique des fosses nasales.)** *Lyon médical. 6. October 1907.*

Es handelte sich um einen ulcerirten Tumor, der die Nasenhöhle ausfüllte, nebst einem harten Oedem an der entsprechenden Partie des Gesichts und des Halses und localen Drüsenschwellungen. Gleichzeitig auftretende Secundärerscheinungen und der positive Ausfall der Untersuchung auf Spirochaeta pallida sicherten die Diagnose.

GONTIER de la ROCHE.

45) **Santi Pusateri. Primäres geschwulstartiges Syphilom der Nasenscheidewand. (Sifiloma primitivo del setto nasale a tipo neoplastico.)** *Arch. Ital. di Otologia. 15. November 1907.*

Bei einer 26jährigen Frau bestand seit 50 Tagen complete rechtsseitige Nasenverstopfung. Vorn am knorpligen Septum fand sich ein mandelgrosser, glatter bei Berührung leicht blutender Tumor, der breit aufsass. Grosse indolente submaxillare Drüsenschwellung. Bei der mikroskopischen Untersuchung des mit einem Messer abgetragenen Tumors fanden sich zahlreiche Spirochäten; sie waren am zahlreichsten im Centrum der Geschwulst, fanden sich auch in den Lymph- und Blutgefässen und in den Intercellularräumen der tiefen Epithelschichten. Am

75. Tage nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen zeigte sich auf dem Körper ein maculo-papulöses Exanthem. Unter energischer specifischer Behandlung gingen die Erscheinungen zurück; die Wunde am Septum ist noch mit einer geringen Borke bedeckt.

FINDER.

46) **Rud. Schilling** (Breslau). **Zur bakteriologischen Diagnostik des Rhinoskleroms (Diphtheriebacillen bei Rhinosklerom).** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 209.*

Nach dem klinischen Befunde wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Rhinosklerom gestellt, die wiederholte Untersuchung des Nasen- und Larynxsecretes ergab jedoch stets nur Diphtheriebacillen. Dass es sich trotzdem nicht um eine chronische Diphtherie, sondern um Rhinosklerom handelte, erwies die Untersuchung excidirter Stückchen aus dem Gaumen und den subglottischen Tumoren, in welchen sich typische Mikulicz'sche Zellen und Kapselbakterien fanden. Es ergiebt sich daraus, dass in zweifelhaften Fällen die bakteriologische Untersuchung zur Diagnose nicht ausreicht, vielmehr die histologische erforderlich ist.

F. KLEMPERER.

47) **Láng. Skleromfälle.** *Orvosi Hetilap. No. 15. 1906.*

Bei einem Kranken bestand Sklerom der Nase, des Nasenrachens, des linken inneren Augenwinkels, sowie des linken Ohres. L. machte die Rhinofissur und entfernte das Skleromgewebe; den Augenwinkel cauterisirte er mittels Pacquelin. Heilung. — Im anderen Falle bestand Rhino-Pharyngo-Laryngo-Sklerom.

v. NAVRATIL.

48) **E. Meyer** (Berlin). **Ein Fall von Rhinosklerom.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 45. Vereinsbeilage. 1906.*

Ein früher bei dem Patienten die Oberlippe vollkommen einnehmender Rhinoskleromtumor ist nach Bestrahlung mit Röntgenstrahlen (132 × äusserliche Bestrahlung) fast vollkommen verschwunden. Ebenso sind die früheren Tumormassen an den Nasenflügeln und am harten und weichen Gaumen zurückgegangen. Der Patient kann jetzt sogar etwas Luft durch die Nase blasen.

Der Fall ist schon früher, vor der Behandlung mit Röntgenstrahlen, 1902 von Alexander (Berlin) vorgestellt.

ALBANUS (ZARNIKO).

49) **R. G. Perkins. Beziehung der Gruppe des B. mucosus capsulatus zum Rhinosklerom. (Relation of the bacillus mucosus capsulatus group to rhinoscleroma.)** *Journal of infectious diseases. Januar 1907.*

Verf. spricht dem sogenannten Rhinosklerombacillus jede ätiologische Bedeutung ab; er hält ihn für einen secundären Eindringling. Die in der Nase und den Nasengeschwülsten bei Rhinosklerom gefundenen Organismen sind in den verschiedenen Fällen verschieden, gehören jedoch zu derselben allgemeinen Gruppe.

EMIL MAYER.

50) **Fein** (Wien). **Beitrag zur Casuistik des Skleroms nebst Bemerkungen über die Bedeutung desselben für die Armee.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 61. 1907.*

Die drei von F. beschriebenen Patienten waren Soldaten, welche den Vorgang

der Assentirung mitgemacht haben und durch Monate und Jahre hindurch unter den Augen von Aerzten gedient, ja sogar wegen anderer Leiden in Behandlung gestanden hatten, ohne dass die Krankheit bemerkt worden wäre. Solche Beobachtungen erfordern, dass dem Studium des Skleroms vom Standpunkte der Armee Aufmerksamkeit geschenkt werde.

SEIFERT.

51) **J. G. Stubbs. Ein Fall von Rhinosklerom. (A case of Rhinoscleroma.)** *The Laryngoscope. Mai 1907.*

Die Affection betraf hauptsächlich die Nase, der Pharynx war frei, ebenso die Stimmbänder; unterhalb dieser fand sich eine beträchtliche subglottische Schwellung. Die Diagnose wurde mittels der histologischen Untersuchung eines excidirten Stückes der unteren Muschel gestellt.

EMIL MAYER.

52) **Milton T. Baliin. Ein Fall von Rhinosklerom mit X-Strahlen behandelt. (A case of rhinoscleroma treated with the x-ray.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Mai 1907.*

Der Artikel ist mit ausgezeichneten Abbildungen versehen, die das Aussehen der 53 jährigen Patientin vor und nach der Behandlung zeigen. Folgendes sind die wichtigsten Momente:

1. Die Dauer der Erkrankung, nämlich 16 Jahre, eine ungewöhnlich lange Zeit.

2. Das völlige Freibleiben des Larynx. Wenn, wie hier, der Process ein sehr ausgedehnter ist, pflegt der Larynx mitbefallen zu sein.

3. Die aussergewöhnliche Grössenzunahme der Nase. Verf. hat niemals einen Fall gesehen mit so colossalen Massen um die Nasenlöcher.

4. Der Fall zeigt das überraschende Resultat der Anwendung von X-Strahlen; Verf. hält diese Behandlung in allen Fällen von Rhinosklerom für indicirt.

LEFFERTS.

53) **Löwy** (Karlsbad). **Ueber Drüsencysten sowie andere Cysten in Nasenpolypen.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 62. 1907.*

Bericht über die mikroskopischen Untersuchungen von 28 in vivo entfernten Nasenpolypen, welche makroskopisch Cysten enthielten. Unter diesen Fällen sind zwei, welche nicht Drüsencysten sondern Lymphcysten waren.

SEIFERT.

54) **Compaired** (Madrid). **Ueber die Behandlung der Schleimpolypen der Nase. (Algo acerca de los polipos mucesos de las fosas nasales.)** *Siglo medico. December 1906.*

Verf. empfiehlt warm die Anwendung der Luc'schen Zange, die er mehrmals mit grossem Vortheil gebraucht hat.

TAPIA.

55) **Aris Garcia. Ein Fall von maligner Neubildung der Nasenhöhlen. (Un case de neoplasma maligno de las foses nasales.)** *Revista bellar de ciencias médicas. Februar 1907.*

Der 60 jährige Patient verweigerte jeden Eingriff; die genaue Natur des Tumors liess sich nicht feststellen.

TAPIA.

56) **Walker Downie. Sarkom der Nase. (Sarcoma of the nose.)** *Glasgow Medical Journal. August 1907.*

Verf. berichtet über 6 Fälle. Für am häufigsten hält er ihren Ursprung in der lateralen Partie des Siebbeins. Das Alter seiner Patienten schwankte zwischen 13 und 64 Jahren. Das häufigste Symptom war Nasenbluten. Verf. ist am meisten für die intranasalen Methoden, ausser wenn der Tumor breit aufsitzt,

A. LOGAN TURNER.

57) **C. Chiari** und **H. Marschik**. **Zwei Fälle von Nasensarkom, ein äusseres und ein inneres; Operation; Heilung; Differentialdiagnose mittels Röntgenstrahlen. (Deux cas de sarcome du nez, l'un externe, l'autre interne; opération; guérison; diagnostic différentiel par les rayons x.)** *Annales des mal. de l'oreille. April 1907.*

In dem einen Fall hatte der Tumor, der auf den Nasenbeinen und dem Stirnbein seinen Sitz hatte, 6 Jahre zu seiner Entwicklung gebraucht, ohne das Allgemeinbefinden zu beeinflussen. Es bestand auch keine Behinderung der Athmung. Der Tumor adhärirte stellenweise der Haut und dem Periost.

Im anderen Fall, der ein 16 jähriges Mädchen betraf, hatte der Tumor seinen Sitz im Siebbein und war in die rechte Stirnhöhle eingedrungen. Die Radiographie zeigte, dass die übrigen Nebenhöhlen intact waren. In beiden Fällen erfolgte prima intentio der Wunde.

BRINDEL.

58) **J. Price-Brown. Statistischer Bericht über die Resultate der Operation bei Nasensarkom mittels allgemein angewandter Methoden nebst Empfehlung des ausgedehnteren Gebrauchs der Elektrocaustik in geeigneten Fällen. (A statistical report of the results of operation in sarcoma of the nose by methods generally adopted with a plea for the more extended use of the electro-cautery in suitable cases.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

59) **G. Trautmann** und **A. Gebhardt** (München). **Carcinome des Naseninnern. Ein von der Keilbeinhöhle ausgehendes Plattenepithelcarcinom. (Mit Illustrationen und beigefügtem Operationsbericht.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 386.*

Das Carcinom war von der Schleimhaut der rechten Keilbeinhöhle ausgegangen und mittels eines Stieles aus dem Foramen derart herausgewuchert, dass der eine Theil des Tumors in die Nasenhöhle wuchs, dieselbe völlig ausfüllend, während der andere Theil nach hinten durch die Choanen seinen Weg fand und nahezu den ganzen Nasenrachenraum einnahm. Das Carcinom war in seinen beiden Theilen frei beweglich und hatte weder die Schleimhaut der Nasenhöhle, noch die der übrigen Nebenhöhlen ergriffen. Der Patient suchte einzig wegen der bestehenden Nasenverstopfung ärztliche Behandlung auf, es bestanden weder Schmerzen, noch eine Secernirung oder Blutung aus der Nase.

F. KLEMPERER.

60) **S. Pusateri. Beitrag zum Studium der primären Carcinome der Nasenhöhle. (Contributo allo studio dei carcinomi primitivi della cavità nasale.)** *Arch. Ital. di Otologia. 15. November 1907.*

Verf. beschreibt ein von einem ca. 60jährigen Manne stammendes Präparat eines Nasencarcinoms, das wahrscheinlich von der Schleimhaut des Siebbeins seinen Ausgang genommen hat. FINDER.

61) **Gayet. Epitheliom der Nasenhöhlen. Abtragung nach Herunterklappen der Nase. (Epitheliome des fosses nasales. Ablation après abaissement du nez.)** *Lyon médical. 18. August 1907.*

Das Epitheliom nahm die rechte Nasenhöhle und das rechte Antrum ein. Verf. klappte die Nase herab (Methode von Ollier) und trug den Tumor ab. Im Fall eines Recidivs beabsichtigt er die Resection des Oberkiefers. BRINDEL.

c. Mundrachenhöhle.

62) **Sternberg** (Berlin). **Geschmack und Appetit.** *Zeitschr. f. physik. u. diätet. Therapie. Bd. XI. 1907.*

Die psychische Empfindung des Appetits ist durch physiologische Functionen bedingt, durch die chemische, secretorische Thätigkeit der Speichel- und Magendrüsen und durch die mechanische der Musculatur. SEIFERT.

63) **Belltrud** und **Mercier. Die Gymnemasäure bei der Behandlung der Geschmacksperversionen. (L'acide gymnénique dans le traitement des perversions du goût.)** *Congress der Neurologen und Irrenärzte der Länder französischer Zunge. Genf-Lausanne. August 1907.*

Die Anwendung der Gymnemasäure empfiehlt sich wegen ihrer eigenthümlichen Wirkung, die Geschmacksempfindung für bitter und süss zu unterdrücken.

GONTIER de la ROCHE.

64) **Goldenberg. Ueber Stomacace, durch die Vincent'schen Bacillen hervorgerufen. (O wkodzsejacym zapatenin jamy ustnej stomacaceae.)** *Czasopismo Lekarskie. 1907.*

Das Leiden entstand in einer Familie, wo Vater, Mutter und zwei kleine Kinder afficirt wurden. Bei den Eltern verlief das Leiden leicht und beschränkte sich auf das Gefühl des Brennens im Zahnfleisch. Bei den Kindern verlief es ziemlich schwer. Das Zahnfleisch war erweicht, roth, auf der unteren Lippe bestanden oberflächliche Geschwüre und die Zähne waren stark belegt. Auf den Zungenrändern hatte sich ebenfalls ein weissgrauer Belag und auf der Schleimhaut der oberen Lippe und des Gaumens Geschwüre gebildet, alles mit einem graugelben Belag. Der Athem war stark stinkend. Die Kinder fieberten fast gar nicht. Durch entsprechende desinficirende Therapie genasen sie in kurzer Zeit. Der mikroskopisch antersuchte Belag zeigte typische Spirochaeten und Bacillen, wie sie Vincent angegeben hat. Verf. theilt entsprechende Literatur und nähere Charakteristiken des betreffenden Leidens mit. A. v. SOKOLOWSKI.

65) **Pawlowski. Zur Frage über die Aetiologie bei der Noma. (K woprosu ob etiologii Noma.)** *Russ. Wratsch. No. 24. 1907.*

Pawlowski untersuchte zwei Fälle von Noma in Bezug auf die Aetiologie. Das Mikroskop ergab eine grosse Zahl sehr verschiedener Kokken und Stäbchen. Bei näherem Zuschauen stellten sie sich als zufälligen Befund dar. Die eigentliche Ursache sieht Autor in fadenförmigen Bildungen, welche in so dichter Masse das ganze Gewebe durchwachsen, dass die Gewebselemente schon mechanisch zur Nekrose verurtheilt sind. P. bestätigt also vollständig die Untersuchungen von Perthes, dass es sich bei Noma um eine Streptokokkeninvasion handelt. (In Anbetracht der Häufigkeit von Streptokokkenconglomeraten in den Tonsillen ist es nicht zu verwundern, wenn dieselben in der Nachbarschaft anfangen zu wuchern. Man muss sich aber fragen, warum ereignet sich dieses so selten? Ref.) P. HELLAT.

66) **W. Baumann. Ueber den Nasenreflex.** *Münch. med. Wochenschr. No. 53. S. 593.*

Berührung der hinteren Rachenwand ergiebt Contraction der zum Würgacte dienenden Muskeln, ev. Würgen. J. KATZENSTEIN.

67) **G. Coppioli. Der Rachenreflex. (The pharyngeal reflex.)** *N. Y. Medical Journal. 20. Juli 1907.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung des Rachenreflexes bei der Diagnose verschiedener Krankheiten. Der Reflex fehlt nicht nur bei Hysterie, sondern auch bei anderen functionellen Erkrankungen, wie Epilepsie und Neurasthenie, ebenso bei organischer, wie progressiver Paralyse, Hemiplegie und Gehirntumoren. Auch in einem bestimmten Procentsatz von Personen, die frei von Nervenkrankheiten sind, fehlt der Reflex. Bei Hysterie fehlt er in 60 pCt der Fälle; jedenfalls ist sein Fehlen kein pathognomonisches Zeichen für Hysterie, sondern hat nur Werth, wenn sonst noch Symptome von zweifelloser Bedeutung vorhanden sind.

LEFFERTS.

68) **Aduan** (Zürich). **Untersuchungen über den Rachenreflex.** *Med. Klinik. 44. 1907.*

Bei Kindern, welche nicht an Nervenkrankheiten leiden (105 Kinder wurden untersucht), ist fast ausnahmslos Rachenreflex vorhanden; dessen Fehlen ist im Kindesalter eine hervorragend krankhafte Erscheinung. Bei Erwachsenen (Männern [144] und Frauen [106]) bilden ebenfalls vorhandene Rachenreflexe die überragende Regel. Auffallend war das häufige Fehlen der Rachenreflexe bei Syphilitikern.

SEIFERT.

69) **A. Ahond. Die Parästhesien des Pharynx. (Les paresthésies pharyngées.)** *Thèse de Paris. 1907.*

Studie über die Sensibilitätsstörungen, die bei Nervösen und Neuropathischen von Seiten des Pharynx beobachtet worden sind. Verf. glaubt nicht, dass die Parästhesien eine Erscheinung der Hysterie seien. A. CARTAZ.

70) **S. Weir Mitchell. Plötzliche Pharynxlähmung. (Sudden paralysis of pharynx.)** *Journal American Medical Association. 15. December 1906.*

M. berichtet folgenden Fall: Eine gesunde 27jährige Frau erwachte in der Nacht mit einem Kitzelgefühl im Halse; des Morgens war sie unfähig, zu schlucken. Seit diesem Tage, 21. Juli 1901, bis zum Tage der Publication hat sie keine Nahrung mehr schlucken können, sondern musste während der ganzen Zeit stets mittels des Rohrs gefüttert werden. Innerhalb der ersten 48 Stunden trat ein anderes Symptom auf: Sie klagte über Kältegefühl im linken Arm und Bein und diese fühlten sich auch kälter an, als die Extremitäten auf der anderen Seite. Es bestand ausgesprochene Ptosis des linken Augenlids und das Gesicht war leicht nach rechts verzogen. In den ersten 36 Stunden hustete Pat. Eiter und Blut in grossen Mengen auf, was aber plötzlich nach 3 Tagen wieder aufhörte. Um diese Zeit trat eine schmerzhafte Schwellung des linken Handgelenks auf, die 3 Wochen lang anhielt, während auch sonst im Allgemeinen Muskelschmerzen vorhanden waren. Behandlung mit Jodkali war ohne Resultat. Eine ein Jahr später vorgenommene Untersuchung ergab nichts Abnormes in den oberen Luft- und Speisewegen. Pat. büsste 36 Pfund an Gewicht ein und verlor alle ihre Zähne. Im April 1906 fand man eine kleine Geschwulst in der Mittellinie der vorderen Rachenwand, dicht über dem Niveau der Aryknorpel. Eine Röntgenaufnahme zeigte die Ausdehnung der Geschwulst. Therapie war erfolglos.

LEFFERTS.

71) **G. Illing. Ein Beitrag zur vergleichenden Anatomie und Histologie der Speicheldrüsen. Die mandibularen (submaxillaren) Speicheldrüsen der Affen.** *Anatom. Hefte. Bd. 34. H. 1. S. 165.*

Die Affen (Macacus cynomolgus und M. rhesus) besitzen 3 mandibulare Speicheldrüsen: 1. zwei innerhalb des Mylohyoideusgurtes unterhalb der Plica sublingualis gelegene Drüsen, die Gl. sublingualis polystomatica und die Gl. sublingualis monostomatica, 2. die Gl. mandibularis. Die Gl. sublingualis polystomatica ist eine tubulöse Schleimdrüse, die Gl. sublingualis monostomatica und die Gl. mandibularis haben den typischen Bau tubulo-alveolärer Drüsen.

J. KATZENSTEIN.

72) **V. Ellermann** (Kopenhagen). **Ueber das Vorkommen von sehr kleinen beweglichen Mikroorganismen in dem menschlichen Speichel. (Om Forekomsten af meget smaa, bevaegelige Mikroorganismer i menneskeligt Spyt.)** *Hospitalstidende. 17. Juli 1907.*

Bei 9 von 13 untersuchten Individuen hat der Verf. kokkenähnliche Körperchen ($^1/_2$—2 μ gross) gefunden, die sich in kleinen Kreisen von 20—30 μ Diameter bewegen. Er meint, es handelt sich um flagellate oder ciliate Protozoen.

E. SCHMIEGELOW.

73) **Gaylord C. Hall. Ein Fall von Speichelstein im Ductus Whartonianus. (A case of salivary calculus in Wharton's duct.)** *Journal of the American Medical Association. 19. October 1907.*

Die Aetiologie des Falles ist unbekannt. Bemerkenswerth ist die lange Dauer

— 5 Jahre; in Folge schliesslicher Infection trat Abscedirung ein; alle Symptome schwanden prompt nach Operation.
EMIL MAYER.

74) **Vallas. Tumor der Parotis. (Tumeur de la parotide.)** *Lyon médical. 18. August 1907.*

Totalexstirpation der Drüse mit Resection der Jugularis, eines Theils des Sterno-cleidomastoideus und Section des unteren Facialisastes. Es handelte sich um eine rapid wachsende Mischgeschwulst.
BRINDEL.

75) **Morestin** (Paris). **Behandlung der Parotitis. (Traitement de la parotidite.)** *Société de Chirurgie. 23. October 1907.*

Verf. empfiehlt die wiederholte Expression durch den Ductus Stenonianus, die immer gute Resultate gebe.
GONTIER de la ROCHE.

76) **Morel** und **Napper. Experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese der postoperativen Parotitiden. (Recherches expérimentales sur la pathogénie des parotidites post-opératoires.)** *Société de Biologie. 9. November 1907.*

Aus ihren experimentellen Untersuchungen folgern Verff., dass dieser Form der Parotitis keine specifische Pathogenese zu Grunde liegt und dass selbst nach der aseptischsten Operation infolge verschiedener klinischer Umstände ascendirende Infection der Speichelgänge eintreten kann. Als solche Umstände bezeichnen sie: Unterdrückung des Parotisspeichels infolge mangelnder Mastication, Deshydratation des Organismus infolge des prä- und postoperativen Fastens, Infection der Mundhöhle etc.
GONTIER de la ROCHE.

d. Diphtherie und Croup.

77) **Morax** (Lausanne). **Die Mortalität der Diphtherie im Kanton Waadt und im waadtländischen Kantonsspital. (Note sur la mortalité de la diphtérie dans le Canton de Vaud et à l'hôpital cantonal.)** *Revue méd. de la Suisse rom. No. 6. 1907.*

Vor der Serumbehandlung 1889—1894 = 42,1 pCt., seit der Serumbehandlung 1895—1906 = 6,2 pCt.; Croup vor der Serumbehandlung 1889—1894 = 56,3 pCt., seit der Serumbehandlung 1895—1906 = 21,8 pCt.; Tracheotomie von 1889 bis 1894 = 92 Fälle, seit 1895—1906 = 26 Fälle. Die Intubation wurde bei Croup ausgeführt in 50 pCt.
JONQUIÈRE.

78) **J. Hally Meikle. Persistenz der Bacillen im Halse von Diphtheriepatienten in der Convalescenz; eine klinische und bakteriologische Untersuchung von 300 Fällen. (Persistence of bacilli in the throats of convalescent diphtheria patients; a clinical and bacteriological study of three hundred cases.)** *Edinburgh Medical Journal. December 1906.*

Hoffmann's Bacillus findet sich bei allen Arten von Fällen und zu verschiedensten Zeiten, ist aber am häufigsten während der Convalescenz. In Fällen, wo Staphylokokken anwesend waren, persistirten die Diphtheriebacillen am längsten. Traten frühzeitig Streptokokken auf, so verschwanden gewöhnlich die

Diphtheriebacillen schnell; Streptokokken fanden sich fast in jedem Fall, nachdem die Diphtheriebacillen verschwunden waren. Die meisten Fälle von Diphtherie sind nach 3 Wochen vom Beginn der Erkrankung an gerechnet frei von Bacillen; sie können sicher 3 Wochen nach dem Verschwinden der Membranen als geheilt entlassen werden.

A. LOGAN TURNER.

79) **Barbier. Wiederauftreten der Diphtherie unter dem Einfluss der Röteln bei Kranken, die vorher wegen Diphtherie behandelt wurden oder mit Diphtheriekranken in Berührung kamen und einer Präventivimpfung unterzogen wurden. (Rappel de la diphtérie sous l'influence de la rougeole chez des malades traités antérieurement pour une diphtérie ou ayant été en contact avec des diphtériques et ayant subi une inoculation préventive.)** *Bulletin médical. 1. September 1907.*

In solchen Fällen ist die Wiederimpfung mit Serum dringend nothwendig, um so mehr, als sie erfahrungsgemäss sehr schwerer Natur sind.

GONTIER de la ROCHE.

80) **Krause. Concentration der Antikörper im Diphtherieantitoxin. (Concentration of the immune bodies in diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 24. August 1907.*

K. beschreibt eine Methode, mittels deren es möglich ist, das Diphtherieantitoxin in erheblichem Grade zu concentriren.

LEFFERTS.

81) **Luigi Rugani. Beitrag zur localen Serotherapie diphtherischer Processe. (Contributo allo sieroterapia locale dei processi difterici.)** *Bollett. delle malattie dell'orecchio etc. December 1907.*

Verf. hat das bilavente — antitoxisch und antibakteriell wirkende — Serum in grossem Umfang bei der allgemeinen und localen Therapie der Diphtherie angewandt. Er berichtet hier über die Erfolge bei letzterer. Er hat reines Serum zu Pinselungen und Instillationen, 10—20proc. Lösungen in Aq. dest. zu Inhalationen und Nasenspülungen, 3—4proc. zum Gurgeln brauchen lassen. Bei der Application des Serum entfernt er das nekrotische Gewebe entweder mit sterilem Wasser oder mit Carbolsäurelösungen, Lysoform, Thymol, Protargollösung. In schweren Fällen wandte er gleichzeitig allgemeine Serotherapie, entweder mit bivalentem oder antitoxischem Serum oder beiden abwechselnd an. Verf. hat mit der localen Anwendung des bivalenten Serums sehr gute Resultate erzielt.

FINDER.

82) **Notiz des Herausgebers. Differentialdiagnose des Croup. (Differential diagnosis of croup.)** *N. Y. Medical Record. 20. Juli 1907.*

Der echte Croup ist entweder Kehlkopfdiphtherie oder Streptokokken-Infection; es wird seine Differentialdiagnose gegenüber dem Pseudocroup besprochen.

LEFFERTS.

derem eine Langhans'sche Riesenzelle in einem Knötchen. Impfung eines Meerschweinchens mit Theilen des Infiltrates positiv auf Tuberkelbacillen.

Trotz Curettement und Milchsäurebehandlung der Affection an der unteren Muschel bislang keine Heilung zu erzielen. Diagnose: isolirte, tuberculöse Erkrankung der Nasenmuschel. Verf. glaubt in diesem Falle eine aerogene, nicht eine durch directen Contact hervorgerufene Infection annehmen zu sollen, da die Localisation in diesem Falle nicht den durch den Finger gewöhnlich erreichbaren Stellen (Septum, Nasenboden) entspricht.

Hinweis des Verf. auf die Seltenheit des isolirten Processes und auf die Schwierigkeiten einer Differentialdiagnose zwischen Tuberculose und Lupus der Nasenschleimhaut, worüber event. nur der Umstand, „dass in den Fällen ausgesprochener Tuberculose die Knötchen oft im Zustande der Verkäsung angetroffen werden, was beim Lupus in geringerem Maasse oder gar nicht der Fall ist", eine gewisse Entscheidungsmöglichkeit bietet. Denn in histologischer Beziehung findet sich „bei beiden Processen das weisslichgraue Tuberkelknötchen mit den epitheloiden Zellen und Riesenzellen". ALBANUS (ZARNIKO).

38) **Koenigstein. Ein Fall von Lupus nasi. (Przypadek wilka nosa.)** *Medycyna. No. 34. 1906.*

Verf. stellte ein 8jähriges Mädchen mit lupösen Geschwüren der Nase behaftet vor, bei der mittelst X-Strahlen eine rasche Vernarbung besonders auf dem Septum erzielt wurde. A. v. SOKOLOWSKI.

39) **Cramer** (Coburg). **Zur Nasentuberculose.** *Wiener klin. Rundschau. No. 10. 1907.*

Zwei Fälle von tuberculöser Schleimhauterkrankung (auch der Muscheln) mit Osteitis tuberculosa. CHIARI.

40) **James J. Campbell. Ein Fall von primärer syphilitischer Infection in der Nase. (A case of primary syphilitic infection in the nose.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1906.*

Am 19. October 1905 machte ein völlig gesunder Arzt bei einem Patienten, der am Praeputium einen indurirten Schanker hatte, die Circumcision. Fast zwei Monate später bemerkte der Arzt Verstopftheit der rechten Nase und rechtsseitigen Kopfschmerz. Am 28. December erhob Verf. folgenden Befund: Oberflächliche Nekrose der Schleimhaut des vorderen Endes der rechten unteren Muschel; nach Ablösung des Belages trat die blutende Schleimhaut zu Tage. Die Affection hatte Aehnlichkeit mit fibrinöser Rhinitis, beschränkte sich jedoch auf die untere Muschel und es war kein Ausfluss aus der Nase vorhanden. Da gleichzeitig eine Deviatio septi bestand, so war die Nase so gut wie verlegt. Am 8. Januar 1906, also 80 Tage nach der wahrscheinlichen Inoculation, trat Roseola auf und vier Tage später konnte Verf. die Diagnose auf Syphilis stellen. EMIL MAYER.

41) **Albert Bardes. Syphilis der Nasenhöhle. (Syphilis of the nasal fossae.)** *N. Y. Medical Record. 10. November 1906.*

Der Aufsatz enthält nichts wesentlich Neues. Deformitäten in Folge von



Syphilis sollen nicht chirurgisch in Angriff genommen werden, bevor der Patient einer zweijährigen periodischen Cur unterworfen war, weil sonst Reizung und Geschwürsbildung eintreten könnten. LEFFERTS.

42) **John N. Mackenzie. Die Behandlung der primären Syphilis der Nase und des Nasenracheus. (The treatment of primary syphilis of the nose and nasopharynx.)** *N. Y. Medical Journal. 24. November 1906.*

Verf. räth, ausser der Allgemeinbehandlung, auch locale Mittel bei Nasenschanker anzuwenden, nämlich Silbernitrat in Lösung oder in Substanz resp. eines seiner Ersatzmittel, Jodoform oder seine Aequivalente, Calomelpulver oder schliesslich Salben, wie Zinksalbe, und Säuren (Chrom-, Essig- oder Monochloracetsäure). Bei Anwendung letzterer Mittel muss darauf geachtet werden, dass ihre Application auf einer beschränkten Stelle geschieht, sonst kann Zerstörung des Knorpels die Folge sein. Aus diesem Grunde soll man auch niemals Salpetersäure gebrauchen; am meisten empfiehlt Verf. die Chromsäure. LEFFERTS.

43) **J. D. Rolleston. Ein Fall von intranasalem Schanker, Nasendiphtherie vortäuschend. (A case of intranasal chancre simulating nasal diphtheria.)** *Lancet. 16. Juni 1906.*

28jähriger Mann hat seit 4 Wochen eine schlimme Nase; einige Tage lang bestand starke Schwellung und Schmerzen. Die unteren zwei Drittel der Nase waren roth und geschwollen und der rechte Nasenflügel auf der Innenseite mit einer membranösen Auflagerung versehen. Die linken Submaxillar- und Sternocleidomastoiddrüsen waren geschwollen. Auf dem Thorax polymorpher Ausschlag. Starke Kopfschmerzen. Normale Temperatur. Die Erscheinungen gingen unter Hg-Gebrauch zurück. Verf. theilt die einschlägige Literatur mit.

ADOLPH BRONNER.

44) **C. Giems** und **H. Ragat** (Lyon). **Syphilitischer Schanker der Nasenhöhlen. (Chancre syphilitique des fosses nasales.)** *Lyon médical. 6. October 1907.*

Es handelte sich um einen ulcerirten Tumor, der die Nasenhöhle ausfüllte, nebst einem harten Oedem an der entsprechenden Partie des Gesichts und des Halses und localen Drüsenschwellungen. Gleichzeitig auftretende Secundärerscheinungen und der positive Ausfall der Untersuchung auf Spirochaeta pallida sicherten die Diagnose. GONTIER de la ROCHE.

45) **Santi Pusateri. Primäres geschwulstartiges Syphilom der Nasenscheidewand. (Sifiloma primitivo del setto nasale a tipo neoplastico.)** *Arch. Ital. di Otologia. 15. November 1907.*

Bei einer 26jährigen Frau bestand seit 50 Tagen complete rechtsseitige Nasenverstopfung. Vorn am knorpligen Septum fand sich ein mandelgrosser, glatter bei Berührung leicht blutender Tumor, der breit aufsass. Grosse indolente submaxillare Drüsenschwellung. Bei der mikroskopischen Untersuchung des mit einem Messer abgetragenen Tumors fanden sich zahlreiche Spirochäten; sie waren am zahlreichsten im Centrum der Geschwulst, fanden sich auch in den Lymph- und Blutgefässen und in den Intercellularräumen der tiefen Epithelschichten. Am

75. Tage nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen zeigte sich auf dem Körper ein maculo-papulöses Exanthem. Unter energischer specifischer Behandlung gingen die Erscheinungen zurück; die Wunde am Septum ist noch mit einer geringen Borke bedeckt.

FINDER.

46) **Rud. Schilling** (Breslau). **Zur bakteriologischen Diagnostik des Rhinoskleroms (Diphtheriebacillen bei Rhinosklerom).** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 209.*

Nach dem klinischen Befunde wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Rhinosklerom gestellt, die wiederholte Untersuchung des Nasen- und Larynxsecretes ergab jedoch stets nur Diphtheriebacillen. Dass es sich trotzdem nicht um eine chronische Diphtherie, sondern um Rhinosklerom handelte, erwies die Untersuchung excidirter Stückchen aus dem Gaumen und den subglottischen Tumoren, in welchen sich typische Mikulicz'sche Zellen und Kapselbakterien fanden. Es ergiebt sich daraus, dass in zweifelhaften Fällen die bakteriologische Untersuchung zur Diagnose nicht ausreicht, vielmehr die histologische erforderlich ist.

F. KLEMPERER.

47) **Láng. Skleromfälle.** *Orvosi Hetilap. No. 15. 1906.*

Bei einem Kranken bestand Sklerom der Nase, des Nasenrachens, des linken inneren Augenwinkels, sowie des linken Ohres. L. machte die Rhinofissur und entfernte das Skleromgewebe; den Augenwinkel cauterisirte er mittels Pacquelin. Heilung. — Im anderen Falle bestand Rhino-Pharyngo-Laryngo-Sklerom.

v. NAVRATIL.

48) **E. Meyer** (Berlin). **Ein Fall von Rhinosklerom.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 45. Vereinsbeilage. 1906.*

Ein früher bei dem Patienten die Oberlippe vollkommen einnehmender Rhinoskleromtumor ist nach Bestrahlung mit Röntgenstrahlen (132 × äusserliche Bestrahlung) fast vollkommen verschwunden. Ebenso sind die früheren Tumormassen an den Nasenflügeln und am harten und weichen Gaumen zurückgegangen. Der Patient kann jetzt sogar etwas Luft durch die Nase blasen.

Der Fall ist schon früher, vor der Behandlung mit Röntgenstrahlen, 1902 von Alexander (Berlin) vorgestellt.

ALBANUS (ZARNIKO).

49) **R. G. Perkins. Beziehung der Gruppe des B. mucosus capsulatus zum Rhinosklerom. (Relation of the bacillus mucosus capsulatus group to rhinoscleroma.)** *Journal of infectious diseases. Januar 1907.*

Verf. spricht dem sogenannten Rhinosklerombacillus jede ätiologische Bedeutung ab; er hält ihn für einen secundären Eindringling. Die in der Nase und den Nasengeschwülsten bei Rhinosklerom gefundenen Organismen sind in den verschiedenen Fällen verschieden, gehören jedoch zu derselben allgemeinen Gruppe.

EMIL MAYER.

50) **Fein** (Wien). **Beitrag zur Casuistik des Skleroms nebst Bemerkungen über die Bedeutung desselben für die Armee.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 61. 1907.*

Die drei von F. beschriebenen Patienten waren Soldaten, welche den Vorgang

der Assentirung mitgemacht haben und durch Monate und Jahre hindurch unter den Augen von Aerzten gedient, ja sogar wegen anderer Leiden in Behandlung gestanden hatten, ohne dass die Krankheit bemerkt worden wäre. Solche Beobachtungen erfordern, dass dem Studium des Skleroms vom Standpunkte der Armee Aufmerksamkeit geschenkt werde. SEIFERT.

51) **J. G. Stubbs. Ein Fall von Rhinosklerom. (A case of Rhinoscleroma.)** *The Laryngoscope. Mai 1907.*

Die Affection betraf hauptsächlich die Nase, der Pharynx war frei, ebenso die Stimmbänder; unterhalb dieser fand sich eine beträchtliche subglottische Schwellung. Die Diagnose wurde mittels der histologischen Untersuchung eines excidirten Stückes der unteren Muschel gestellt. EMIL MAYER.

52) **Milton T. Ballin. Ein Fall von Rhinosklerom mit X-Strahlen behandelt. (A case of rhinoscleroma treated with the x-ray.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Mai 1907.*

Der Artikel ist mit ausgezeichneten Abbildungen versehen, die das Aussehen der 53jährigen Patientin vor und nach der Behandlung zeigen. Folgendes sind die wichtigsten Momente:

1. Die Dauer der Erkrankung, nämlich 16 Jahre, eine ungewöhnlich lange Zeit.

2. Das völlige Freibleiben des Larynx. Wenn, wie hier, der Process ein sehr ausgedehnter ist, pflegt der Larynx mitbefallen zu sein.

3. Die aussergewöhnliche Grössenzunahme der Nase. Verf. hat niemals einen Fall gesehen mit so colossalen Massen um die Nasenlöcher.

4. Der Fall zeigt das überraschende Resultat der Anwendung von X-Strahlen; Verf. hält diese Behandlung in allen Fällen von Rhinosklerom für indicirt.

LEFFERTS.

53) **Löwy** (Karlsbad). **Ueber Drüsencysten sowie andere Cysten in Nasenpolypen.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 62. 1907.*

Bericht über die mikroskopischen Untersuchungen von 28 in vivo entfernten Nasenpolypen, welche makroskopisch Cysten enthielten. Unter diesen Fällen sind zwei, welche nicht Drüsencysten sondern Lymphcysten waren. SEIFERT.

54) **Compaired** (Madrid). **Ueber die Behandlung der Schleimpolypen der Nase. (Algo acerca de los polipos mucesos de las fosas nasales.)** *Siglo medico. December 1906.*

Verf. empfiehlt warm die Anwendung der Luc'schen Zange, die er mehrmals mit grossem Vortheil gebraucht hat. TAPIA.

55) **Aris Garcia. Ein Fall von maligner Neubildung der Nasenhöhlen. (Un case de neoplasma maligno de las foses nasales.)** *Revista bellar de ciencias médicas. Februar 1907.*

Der 60jährige Patient verweigerte jeden Eingriff; die genaue Natur des Tumors liess sich nicht feststellen. TAPIA.

56) **Walker Downie. Sarkom der Nase. (Sarcoma of the nose.)** *Glasgow Medical Journal. August 1907.*

Verf. berichtet über 6 Fälle. Für am häufigsten hält er ihren Ursprung in der lateralen Partie des Siebbeins. Das Alter seiner Patienten schwankte zwischen 13 und 64 Jahren. Das häufigste Symptom war Nasenbluten. Verf. ist am meisten für die intranasalen Methoden, ausser wenn der Tumor breit aufsitzt,

A. LOGAN TURNER.

57) **C. Chiari** und **H. Marschik. Zwei Fälle von Nasensarkom, ein äusseres und ein inneres; Operation; Heilung; Differentialdiagnose mittels Röntgenstrahlen. (Deux cas de sarcome du nez, l'un externe, l'autre interne; opération; guérison; diagnostic différentiel par les rayons x.)** *Annales des mal. de l'oreille. April 1907.*

In dem einen Fall hatte der Tumor, der auf den Nasenbeinen und dem Stirnbein seinen Sitz hatte, 6 Jahre zu seiner Entwicklung gebraucht, ohne das Allgemeinbefinden zu beeinflussen. Es bestand auch keine Behinderung der Athmung. Der Tumor adhärirte stellenweise der Haut und dem Periost.

Im anderen Fall, der ein 16jähriges Mädchen betraf, hatte der Tumor seinen Sitz im Siebbein und war in die rechte Stirnhöhle eingedrungen. Die Radiographie zeigte, dass die übrigen Nebenhöhlen intact waren. In beiden Fällen erfolgte prima intentio der Wunde.

BRINDEL.

58) **J. Price-Brown. Statistischer Bericht über die Resultate der Operation bei Nasensarkom mittels allgemein angewandter Methoden nebst Empfehlung des ausgedehnteren Gebrauchs der Elektrocaustik in geeigneten Fällen. (A statistical report of the results of operation in sarcoma of the nose by methods generally adopted with a plea for the more extended use of the electro-cautery in suitable cases.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

59) **G. Trautmann** und **A. Gebhardt** (München). **Carcinome des Naseninnern. Ein von der Keilbeinhöhle ausgehendes Plattenepithelcarcinom. (Mit Illustrationen und beigefügtem Operationsbericht.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 386.*

Das Carcinom war von der Schleimhaut der rechten Keilbeinhöhle ausgegangen und mittels eines Stieles aus dem Foramen derart herausgewuchert, dass der eine Theil des Tumors in die Nasenhöhle wuchs, dieselbe völlig ausfüllend, während der andere Theil nach hinten durch die Choanen seinen Weg fand und nahezu den ganzen Nasenrachenraum einnahm. Das Carcinom war in seinen beiden Theilen frei beweglich und hatte weder die Schleimhaut der Nasenhöhle, noch die der übrigen Nebenhöhlen ergriffen. Der Patient suchte einzig wegen der bestehenden Nasenverstopfung ärztliche Behandlung auf, es bestanden weder Schmerzen, noch eine Secernirung oder Blutung aus der Nase.

F. KLEMPERER.



60) S. Pusateri. **Beitrag zum Studium der primären Carcinome der Nasenhöhle. (Contributo allo studio dei carcinomi primitivi della cavità nasale.)** *Arch. Ital. di Otologia. 15. November 1907.*

Verf. beschreibt ein von einem ca. 60jährigen Manne stammendes Präparat eines Nasencarcinoms, das wahrscheinlich von der Schleimhaut des Siebbeins seinen Ausgang genommen hat. FINDER.

61) Gayet. **Epitheliom der Nasenhöhlen. Abtragung nach Herunterklappen der Nase. (Epitheliome des fosses nasales. Ablation après abaissement du nez.)** *Lyon médical. 18. August 1907.*

Das Epitheliom nahm die rechte Nasenhöhle und das rechte Antrum ein. Verf. klappte die Nase herab (Methode von Ollier) und trug den Tumor ab. Im Fall eines Recidivs beabsichtigt er die Resection des Oberkiefers. BRINDEL.

c. Mundrachenhöhle.

62) Sternberg (Berlin). **Geschmack und Appetit.** *Zeitschr. f. physik. u. diätet. Therapie. Bd. XI. 1907.*

Die psychische Empfindung des Appetits ist durch physiologische Functionen bedingt, durch die chemische, secretorische Thätigkeit der Speichel- und Magendrüsen und durch die mechanische der Musculatur. SEIFERT.

63) Belltrud und Merciex. **Die Gymnemasäure bei der Behandlung der Geschmacksperversionen. (L'acide gymnénique dans le traitement des perversions du goût.)** *Congress der Neurologen und Irrenärzte der Länder französischer Zunge. Genf-Lausanne. August 1907.*

Die Anwendung der Gymnemasäure empfiehlt sich wegen ihrer eigenthümlichen Wirkung, die Geschmacksempfindung für bitter und süss zu unterdrücken.

GONTIER de la ROCHE.

64) Goldenberg. **Ueber Stomacace, durch die Vincent'schen Bacillen hervorgerufen. (O wkodzsejacym zapatenin jamy ustnej stomacaceae.)** *Czasopismo Lekarskie. 1907.*

Das Leiden entstand in einer Familie, wo Vater, Mutter und zwei kleine Kinder afficirt wurden. Bei den Eltern verlief das Leiden leicht und beschränkte sich auf das Gefühl des Brennens im Zahnfleisch. Bei den Kindern verlief es ziemlich schwer. Das Zahnfleisch war erweicht, roth, auf der unteren Lippe bestanden oberflächliche Geschwüre und die Zähne waren stark belegt. Auf den Zungenrändern hatte sich ebenfalls ein weissgrauer Belag und auf der Schleimhaut der oberen Lippe und des Gaumens Geschwüre gebildet, alles mit einem graugelben Belag. Der Athem war stark stinkend. Die Kinder fieberten fast gar nicht. Durch entsprechende desinficirende Therapie genasen sie in kurzer Zeit. Der mikroskopisch untersuchte Belag zeigte typische Spirochaeten und Bacillen, wie sie Vincent angegeben hat. Verf. theilt entsprechende Literatur und nähere Charakteristiken des betreffenden Leidens mit. A. v. SOKOLOWSKI.

65) **Pawlowski. Zur Frage über die Aetiologie bei der Noma. (K wopresu ob etiologii Noma.)** *Russ. Wratsch. No. 24. 1907.*

Pawlowski untersuchte zwei Fälle von Noma in Bezug auf die Aetiologie. Das Mikroskop ergab eine grosse Zahl sehr verschiedener Kokken und Stäbchen. Bei näherem Zuschauen stellten sie sich als zufälligen Befund dar. Die eigentliche Ursache sieht Autor in fadenförmigen Bildungen, welche in so dichter Masse das ganze Gewebe durchwachsen, dass die Gewebselemente schon mechanisch zur Nekrose verurtheilt sind. P. bestätigt also vollständig die Untersuchungen von Perthes, dass es sich bei Noma um eine Streptokokkeninvasion handelt. (In Anbetracht der Häufigkeit von Streptokokkenconglomeraten in den Tonsillen ist es nicht zu verwundern, wenn dieselben in der Nachbarschaft anfangen zu wuchern. Man muss sich aber fragen, warum ereignet sich dieses so selten? Ref.) P. HELLAT.

66) **W. Baumann. Ueber den Nasenreflex.** *Münch. med. Wochenschr. No. 53. S. 593.*

Berührung der hinteren Rachenwand ergiebt Contraction der zum Würgacte dienenden Muskeln, ev. Würgen. J. KATZENSTEIN.

67) **G. Coppioli. Der Rachenreflex. (The pharyngeal reflex.)** *N. Y. Medical Journal. 20. Juli 1907.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung des Rachenreflexes bei der Diagnose verschiedener Krankheiten. Der Reflex fehlt nicht nur bei Hysterie, sondern auch bei anderen functionellen Erkrankungen, wie Epilepsie und Neurasthenie, ebenso bei organischer, wie progressiver Paralyse, Hemiplegie und Gehirntumoren. Auch in einem bestimmten Procentsatz von Personen, die frei von Nervenkrankheiten sind, fehlt der Reflex. Bei Hysterie fehlt er in 60 pCt der Fälle; jedenfalls ist sein Fehlen kein pathognomonisches Zeichen für Hysterie, sondern hat nur Werth, wenn sonst noch Symptome von zweifelloser Bedeutung vorhanden sind.

LEFFERTS.

68) **Aduan** (Zürich). **Untersuchungen über den Rachenreflex.** *Med. Klinik. 44. 1907.*

Bei Kindern, welche nicht an Nervenkrankheiten leiden (105 Kinder wurden untersucht), ist fast ausnahmslos Rachenreflex vorhanden; dessen Fehlen ist im Kindesalter eine hervorragend krankhafte Erscheinung. Bei Erwachsenen (Männern [144] und Frauen [106]) bilden ebenfalls vorhandene Rachenreflexe die überragende Regel. Auffallend war das häufige Fehlen der Rachenreflexe bei Syphilitikern.

SEIFERT.

69) **A. Ahond. Die Parästhesien des Pharynx. (Les paresthésies pharyngées.)** *Thèse de Paris. 1907.*

Studie über die Sensibilitätsstörungen, die bei Nervösen und Neuropathischen von Seiten des Pharynx beobachtet worden sind. Verf. glaubt nicht, dass die Parästhesien eine Erscheinung der Hysterie seien. A. CARTAZ.



70) **S. Weir Mitchell. Plötzliche Pharynxlähmung. (Sudden paralysis of pharynx.)** *Journal American Medical Association. 15. December 1906.*

M. berichtet folgenden Fall: Eine gesunde 27jährige Frau erwachte in der Nacht mit einem Kitzelgefühl im Halse; des Morgens war sie unfähig, zu schlucken. Seit diesem Tage, 21. Juli 1901, bis zum Tage der Publication hat sie keine Nahrung mehr schlucken können, sondern musste während der ganzen Zeit stets mittels des Rohrs gefüttert werden. Innerhalb der ersten 48 Stunden trat ein anderes Symptom auf: Sie klagte über Kältegefühl im linken Arm und Bein und diese fühlten sich auch kälter an, als die Extremitäten auf der anderen Seite. Es bestand ausgesprochene Ptosis des linken Augenlids und das Gesicht war leicht nach rechts verzogen. In den ersten 36 Stunden hustete Pat. Eiter und Blut in grossen Mengen auf, was aber plötzlich nach 3 Tagen wieder aufhörte. Um diese Zeit trat eine schmerzhafte Schwellung des linken Handgelenks auf, die 3 Wochen lang anhielt, während auch sonst im Allgemeinen Muskelschmerzen vorhanden waren. Behandlung mit Jodkali war ohne Resultat. Eine ein Jahr später vorgenommene Untersuchung ergab nichts Abnormes in den oberen Luft- und Speisewegen. Pat. büsste 36 Pfund an Gewicht ein und verlor alle ihre Zähne. Im April 1906 fand man eine kleine Geschwulst in der Mittellinie der vorderen Rachenwand, dicht über dem Niveau der Aryknorpel. Eine Röntgenaufnahme zeigte die Ausdehnung der Geschwulst. Therapie war erfolglos.

LEFFERTS.

71) **G. Illing. Ein Beitrag zur vergleichenden Anatomie und Histologie der Speicheldrüsen. Die mandibularen (submaxillaren) Speicheldrüsen der Affen.** *Anatom. Hefte. Bd. 34. H. 1. S. 165.*

Die Affen (Macacus cynomolgus und M. rhesus) besitzen 3 mandibulare Speicheldrüsen: 1. zwei innerhalb des Mylohyoideusgurtes unterhalb der Plica sublingualis gelegene Drüsen, die Gl. sublingualis polystomatica und die Gl. sublingualis monostomatica, 2. die Gl. mandibularis. Die Gl. sublingualis polystomatica ist eine tubulöse Schleimdrüse, die Gl. sublingualis monostomatica und die Gl. mandibularis haben den typischen Bau tubulo-alveolärer Drüsen.

J. KATZENSTEIN.

72) **V. Ellermann** (Kopenhagen). **Ueber das Vorkommen von sehr kleinen beweglichen Mikroorganismen in dem menschlichen Speichel. (Om Forekomsten af meget smaa, bevaegelige Mikroorganismer i menneskeligt Spyt.)** *Hospitalstidende. 17. Juli 1907.*

Bei 9 von 13 untersuchten Individuen hat der Verf. kokkenähnliche Körperchen ($^1/_2$—2 μ gross) gefunden, die sich in kleinen Kreisen von 20—30 μ Diameter bewegen. Er meint, es handelt sich um flagellate oder ciliate Protozoen.

E. SCHMIEGELOW.

73) **Gaylord C. Hall. Ein Fall von Speichelstein im Ductus Whartonianus. (A case of salivary calculus in Wharton's duct.)** *Journal of the American Medical Association. 19. October 1907.*

Die Aetiologie des Falles ist unbekannt. Bemerkenswerth ist die lange Dauer

— 5 Jahre; in Folge schliesslicher Infection trat Abscedirung ein; alle Symptome schwanden prompt nach Operation.

EMIL MAYER.

74) **Vallas. Tumor der Parotis. (Tumeur de la parotide.)** *Lyon médical. 18. August 1907.*

Totalexstirpation der Drüse mit Resection der Jugularis, eines Theils des Sterno-cleidomastoideus und Section des unteren Facialisastes. Es handelte sich um eine rapid wachsende Mischgeschwulst.

BRINDEL.

75) **Morestin** (Paris). **Behandlung der Parotitis. (Traitement de la parotidite.)** *Société de Chirurgie. 23. October 1907.*

Verf. empfiehlt die wiederholte Expression durch den Ductus Stenonianus, die immer gute Resultate gebe.

GONTIER de la ROCHE.

76) **Morel** und **Napper. Experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese der postoperativen Parotitiden. (Recherches expérimentales sur la pathogénie des parotidites post-opératoires.)** *Société de Biologie. 9. November 1907.*

Aus ihren experimentellen Untersuchungen folgern Verff., dass dieser Form der Parotitis keine specifische Pathogenese zu Grunde liegt und dass selbst nach der aseptischsten Operation infolge verschiedener klinischer Umstände ascendirende Infection der Speichelgänge eintreten kann. Als solche Umstände bezeichnen sie: Unterdrückung des Parotisspeichels infolge mangelnder Mastication, Deshydratation des Organismus infolge des prä- und postoperativen Fastens, Infection der Mundhöhle etc.

GONTIER de la ROCHE.

d. Diphtherie und Croup.

77) **Morax** (Lausanne). **Die Mortalität der Diphtherie im Kanton Waadt und im waadtländischen Kantonsspital. (Note sur la mortalité de la diphtérie dans le Canton de Vaud et à l'hôpital cantonal.)** *Revue méd. de la Suisse rom. No. 6. 1907.*

Vor der Serumbehandlung 1889—1894 = 42,1 pCt., seit der Serumbehandlung 1895—1906 = 6,2 pCt.; Croup vor der Serumbehandlung 1889—1894 = 56,3 pCt., seit der Serumbehandlung 1895—1906 = 21,8 pCt.; Tracheotomie von 1889 bis 1894 = 92 Fälle, seit 1895—1906 = 26 Fälle. Die Intubation wurde bei Croup ausgeführt in 50 pCt.

JONQUIÈRE.

78) **J. Hally Meikle. Persistenz der Bacillen im Halse von Diphtheriepatienten in der Convalescenz; eine klinische und bakteriologische Untersuchung von 300 Fällen. (Persistence of bacilli in the throats of convalescent diphtheria patients; a clinical and bacteriological study of three hundred cases.)** *Edinburgh Medical Journal. December 1906.*

Hoffmann's Bacillus findet sich bei allen Arten von Fällen und zu verschiedensten Zeiten, ist aber am häufigsten während der Convalescenz. In Fällen, wo Staphylokokken anwesend waren, persistirten die Diphtheriebacillen am längsten. Traten frühzeitig Streptokokken auf, so verschwanden gewöhnlich die

Diphtheriebacillen schnell; Streptokokken fanden sich fast in jedem Fall, nachdem die Diphtheriebacillen verschwunden waren. Die meisten Fälle von Diphtherie sind nach 3 Wochen vom Beginn der Erkrankung an gerechnet frei von Bacillen; sie können sicher 3 Wochen nach dem Verschwinden der Membranen als geheilt entlassen werden.

A. LOGAN TURNER.

79) **Barbier. Wiederauftreten der Diphtherie unter dem Einfluss der Röteln bei Kranken, die vorher wegen Diphtherie behandelt wurden oder mit Diphtheriekranken in Berührung kamen und einer Präventivimpfung unterzogen wurden. (Rappel de la diphtérie sous l'influence de la rougeole chez des malades traités antérieurement pour une diphtérie ou ayant été en contact avec des diphtériques et ayant subi une inoculation préventive.)** *Bulletin médical. 1. September 1907.*

In solchen Fällen ist die Wiederimpfung mit Serum dringend nothwendig, um so mehr, als sie erfahrungsgemäss sehr schwerer Natur sind.

GONTIER de la ROCHE.

80) **Krause. Concentration der Antikörper im Diphtherieantitoxin. (Concentration of the immune bodies in diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 24 August 1907.*

K. beschreibt eine Methode, mittels deren es möglich ist, das Diphtherieantitoxin in erheblichem Grade zu concentriren.

LEFFERTS.

81) **Luigi Rugani. Beitrag zur localen Serotherapie diphtherischer Processe. (Contributo allo sieroterapia locale dei processi difterici.)** *Bollett. delle malattie dell'orecchio etc. December 1907.*

Verf. hat das bilavente — antitoxisch und antibakteriell wirkende — Serum in grossem Umfang bei der allgemeinen und localen Therapie der Diphtherie angewandt. Er berichtet hier über die Erfolge bei letzterer. Er hat reines Serum zu Pinselungen und Instillationen, 10—20proc. Lösungen in Aq. dest. zu Inhalationen und Nasenspülungen, 3—4proc. zum Gurgeln brauchen lassen. Bei der Application des Serum entfernt er das nekrotische Gewebe entweder mit sterilem Wasser oder mit Carbolsäurelösungen, Lysoform, Thymol, Protargollösung. In schweren Fällen wandte er gleichzeitig allgemeine Serotherapie, entweder mit bivalentem oder antitoxischem Serum oder beiden abwechselnd an. Verf. hat mit der localen Anwendung des bivalenten Serums sehr gute Resultate erzielt.

FINDER.

82) **Notiz des Herausgebers. Differentialdiagnose des Croup. (Differential diagnosis of croup.)** *N. Y. Medical Record. 20. Juli 1907.*

Der echte Croup ist entweder Kehlkopfdiphtherie oder Streptokokken-Infection; es wird seine Differentialdiagnose gegenüber dem Pseudocroup besprochen.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

83) **A. Soulié** und **E. Bardier. Ueber die ersten Entwickelungsstadien des Kehlkopfs beim menschlichen Fötus. (Sur les premiers stades du développement du larynx chez le foetus humain.)** *Compt. rend. de l'Assoc. des Anat. 8. Réunion Bordeaux 1906. p. 41.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

84) **Reiche. Laryngitis membranoulcerosa fusibacillaris.** *N. Y. Medical Journal. 15. Juni 1907.*

Verf. berichtet über einen Fall; die Entzündung localisirte sich allein im Larynx. LEFFERTS.

85) **Maurice Jacod** (Lyon). **Acute pseudomembranöse nichtdiphtherische Laryngitiden. (Laryngites aigues à fausses membranes non diphtériques.)** *Semaine médicale. No. 43. 1907.*

Die klinische Entität der nicht-diphtherischen pseudomembranösen Laryngitis ist nach Ansicht des Verf.'s indiscutabel. Verf. bringt 15 persönliche Beobachtungen und bespricht die sonst berichteten Fälle. Bei Abwesenheit des Klebs-Löffler'schen Bacillus hat man gefunden: 1 mal Pneumokokken, 2 mal den kleinen Martin'schen Coccus, 5 mal den Staphylococcus, 2 mal den Streptococcus und 4 mal Associationen von Mikroben.

Klinisch unterscheidet sich diese Laryngitis von ähnlichen diphtherischen Erscheinungen durch die Seltenheit der Coryza, das inconstante Befallensein der Drüsen, besonders jedoch die Rapidität und die Schwere der bronchopneumonischen Complicationen. Die Prognose ist immer ernst. Die Serotherapie ist ohne Wirkung. GONTIER de la ROCHE.

86) **Méssétrier** und **Cluet. Phlegmonöse Enterokokkenlaryngitis bei einer jungen Schwangeren; Tracheotomie; Heilung. (Laryngite phlegmoneuse à entérocoques chez une jeune enceinte; trachéotomie; guérison.)** *Société méd. des hôpitaux. 12. April 1907.*

Bei einer jungen im 9. Monat schwangeren Frau trat im Anschluss an einen Katarrh der Luftwege eine ganz acute Laryngitis auf mit Dyspnoe, hohem Fieber und reichlicher Albuminurie. Die Tracheotomie wurde in extremis gemacht. Es trat vorzeitige Entbindung ein. Das Kind starb sofort nach der Geburt. Die Section ergab Congestion in allen Eingeweiden mit Blutsuffusion. Die Untersuchung des aus der Canüle entleerten Eiters und des kindlichen Herzblutes ergab Reinculturen von Enterococcus protoeiformis. A. CARTAZ.

87) **A. Brown Kelly. Die diffuse hyperplastische Laryngitis und Pharyngitis bei congenitaler Syphilis. (The diffuse hyperplastic laryngitis und pharyngitis of congenital syphilis.)** *Glasgow Medical Journal. November 1906.*

Verf. publicirt einen interessanten Fall von diffuser hyperplastischer Infiltration des Pharynx und Larynx in einem Fall von congenitaler Syphilis. Die besonders bemerkenswerthen Symptome waren: der einförmige und symmetrische

Charakter der Infiltration, das Fehlen von Ulceration, die Tendenz der infiltrirten Zone, ödematös zu werden und mehr oder minder Kehlkopfstenose hervorzurufen und das Persistiren der Hypertrophie trotz der antisyphilitischen Behandlung. Die Literatur über den Gegenstand wird mitgetheilt.

A. LOGAN TURNER.

88) **Bourbon. Beitrag zum Studium der Pachydermie der Stimmbänder und ihrer chirurgischen Behandlung mittels der „Fraisage". (Contribution à l'étude de la pachydermie des cordes vocales et à son traitement chirurgical par le „fraisage".)** *Thèse de Lyon. 1907.*

Garel unterscheidet: 1. die diffuse Pachydermie (Virchow), Chorditis hypertrophicans posterior (Schadewaldt); 2. die Chorditis pachydermica diffusa simplex; 3. die stellenweise (à ilots) auftretende Pachydermie der Stimmbänder; 4. die Pachydermie mit Tendenz zur Knötchenbildung. Garel hat die „Fraisage" empfohlen, die ihm ausgezeichnete Resultate giebt.

BRINDEL.

89) **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Einige Bemerkungen über den sogenannten Prolapsus ventriculi Morgagni.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 408.*

Verf. unterscheidet folgende Gruppen:

1. Totaler Prolaps („Eversion" oder eher „Inversion" der Morgagni'schen Tasche).
2. Prolapsbildung durch Zerrung eines Tumors.
3. Partielle Prolapsbildung durch Ueberanstrengung der Stimme.
4. Prolapsähnliche Neubildungen (Retentionscysten; Angiomyxom).
5. Prolapsähnliche entzündliche Hyperplasien, von der Lateralwand des Ventrikels, der oberen Fläche der Stimmlippe oder dem unteren Rand der Taschenfalte ausgehend.

F. KLEMPERER.

90) **R. Imhofer** (Prag). **Haematoma labii vocalis e phlebectasia.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 112.*

Anknüpfend an einen zufälligen Befund von Hämatom der Stimmlippe an der Leiche eines an Apoplexie verstorbenen Patienten bespricht I. die Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der Varicen und Phlebectasien im Kehlkopf.

F. KLEMPERER.

91) **Compaired** (Madrid). **Abscess des rechten Aryknorpels, Ligamentum aryepiglotticum und Taschenbandes nach Grippe. (Abceso del aritenoide, ligamento ariteno-epiglottico y banda ventricular directa consecutiva à la gripe.)** *Siglo medico. Januar 1907.*

Die Eröffnung des Abscesses wurde mittelst der Galvanokaustik gemacht. Heilung.

TAPIA.

92) **A. Most. Ueber Tuberculose der prälaryngealen Drüsen und ihre Beziehungen zur Kehlkopftuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 379.*

M. beschreibt einen Fall von starker Schwellung und hochgradiger Ver-



käsung der prälaryngealen Drüsen bei Kehlkopftuberculose. — Die auf dem Ligamentum conicum gelegenen Drüsen sind eine bis zwei an Zahl, ihre Zuflussstämmchen treten durch das Lig. conicum hindurch. Das Quellgebiet dieser Drüsengruppe ist der vordere subglottische Theil des Kehlkopfs und es gelingt, dieselbe bereits von der dicht am freien Rande der wahren Stimmbänder gelegenen Schleimhaut aus zu injiciren. — Dass die prälaryngealen Drüsen bei Kehlkopftuberculose zum mindesten sehr häufig mitinficirt sind, geht daraus hervor, dass Verf. in 10 von 17 mikroskopisch untersuchten Fällen bei Kehlkopftuberculose in den prälaryngealen Drüsen Tuberkelherde fand.

F. KLEMPERER.

93) **Semon** (London). **Ueber den therapeutischen Werth vollständiger Stimmruhe bei der Anstaltsbehandlung der Kehlkopftuberculose.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 47. 1906.*

Der Verf. empfiehlt die Schweigecur als ein werthvolles Hülfsmittel bei der Anstaltsbehandlung der Larynxtuberculose, combinirt mit einer geeigneten Localbehandlung, in Fällen von entzündlicher Reizung des Kehlkopfes bei Lungentuberculose, besonders bei hartnäckigen Katarrhen des Kehlkopfes, Congestion der Stimmbänder, Relaxation der Taschenbänder und — in weiter vorgeschrittenen Fällen — bei umschriebener Ulceration der Stimmbänder, Geschwüren in der Interarytaenoidfalte, allgemeiner Infiltration und Bewegungsstörungen des Crico-Arytaenoidgelenks.

Bei schweren, tiefgehenden Ulcerationen und Perichondritiden hat diese Cur keinen Zweck.

Ein wesentlicher Vortheil gegen früher ist der Methode in der Anstaltsbehandlung der Lungentuberculose erwachsen, wodurch ein wirkliches Schweigen während längerer Zeit — Monate — viel eher unter ständiger Unterstützung des Arztes und vernünftiger Mitpatienten zu erreichen ist als früher in der gewohnten Umgebung der Kranken.

ALBANUS (ZARNIKO).

94) **Lubliuski** (Berlin). **Die Schweigetherapie bei der Kehlkopftuberculose.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 52. 1906.*

Verf. erinnert an seine schon im Jahre 1887 bei der Therapie der Kehlkopfschwindsucht aufgestellte Forderung: absolutes Schweigen, womöglich Monate hindurch, eventuell der Gebrauch der Flüstersprache — und bringt 6 Fälle aus der damaligen Zeit bei, bei denen damals mit dieser Cur gute Erfolge erzielt wurden.

Die Schwierigkeit dieser Therapie liegt in der schweren Durchführbarkeit der Cur, die von dem Patienten ein hohes Maass von Energie fordert.

In letzter Zeit hat Verf. neben dieser Methode localtherapeutisch den Hauptwerth auf Anwendung von Anaesthetica gelegt: Codein. phosph. 0,6—1,0 : 10,0 Sacchar. alb., Orthoform, Anästhesin.

ALBANUS (ZARNIKO).

95) **Finder** (Berlin). **Die chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 9. 1906.*

Zusammenfassender Vortrag über die medicamentöse, galvanokaustische und chirurgische Behandlung unter Berücksichtigung des Localbefundes, des Allge-

meinzustandes und der individuellen Heilungstendenz. Erwähnung der Aussichten der Tracheotomie, Laryngofissur und Totalexstirpation.

ALBANUS (ZARNIKO).

96) **Alexander** (Berlin). **Zur Heilung der Larynxtuberculose.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 9. 1906.*

In einem Vortrag in der Gesellschaft der Charité-Aerzte betont der Autor, dass selbst bei schwerer Larynxtuberculose unter Hinzuziehung der modernen Tuberculosetherapie durch individualisirende Localbehandlung viel erreicht werden kann und demonstrirt die Ergebnisse an mehreren Fällen:

1. Bei einer langsam fortschreitenden tuberculösen Erkrankung des Kehlkopfes werden beim Auftreten von Ulcerationen beide Stimmlippen durch Curettement mit sehr gutem Erfolge — auch functionell — entfernt.

2. Mehrere Infiltrate an der hinteren Kehlkopfwand durch Curettement ohne viel Erfolg entfernt. Geschwür an der Rachenwand durch Curettement und Milchsäure mit Mühe geheilt. Durch Landaufenthalt ohne Localbehandlung überraschender Erfolg.

3. Dauernde Heilung eines tuberculösen Infiltrates einer Taschenlippe und eines $1^1/_2$ Jahr später auftretenden Infiltrates der Hinterwand durch Curettement. Ein folgendes Recidiv ohne Behandlung geheilt. Lungenbefund aber verschlechtert.

4. Heilung durch Totalexstirpation der erkrankten Epiglottis.

5. Rechtsseitige Perichondritis arytaenoidea wird durch Curettement zum Stillstand gebracht. Weitere Erholung durch Aufenthalt in Erholungsstätte.

6. Ausgedehnte Erkrankung des Larynx. Durch Curettement und Milchsäure nur Verschlimmerung. Durch Heilstätte langsame Heilung.

7. Erkrankte Stimmlippen. Milchsäure — Menthol. Heilung unter Membranbildung der Glottis. Erfolglose Spaltungen des Diaphragmas. Stimme mässig.

ALBANUS (ZARNIKO).

97) **Notiz des Herausgebers. Behandlung der Kehlkopfphthise. (Treatment of laryngeal phthisis.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Juli 1907.*

Zur Schmerzlinderung bei Geschwüren wird empfohlen die directe Application in den Larynx von:

Rp. Extr. Opii
Extr. Belladonn. aa 0,05
Aq. lauroceras. destill. 20,0.

Um die Vernarbung zu erleichtern insufflire man:

Rp. Plumb. acet. 2,0
Morph. hydrochlor. 0,2
Sacch. lactis 10,0.

Die Schleimhaut soll zuerst mit einer Lösung von Kal. chlorat. oder von Natr. bicarb. bespray werden. Zur Cauterisation der Geschwüre wird ausser Argent. nitr. oder Galvanokaustik folgende Formel empfohlen:

Rp. Jodi 0,3
Kal. jodat. 3,0
Glycerin 10,0.

Für die Application auf die entzündete Schleimhaut empfiehlt sich Jodoform in Glycerin suspendirt.

LEFFERTS.

98) **Wm. E. Casselberry. Diagnose und Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Diagnosis and treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Illinois Med. Journal. August 1907. N. Y. Medical Record. 20. Juli 1907.*

Verf. bespricht die einzelnen klinischen Typen, die das Bild der Larynxtuberculose darbieten können und betont die Bedeuiung der Allgemeinbehandlung.

LEFFERTS.

99) **St. Clair Thompson** (London). **Eine Vorlesung über Heiserkeit. (A lecture on hoarseness.)** *The Clinical Journal London. Juni 1907.*

Verf. giebt einen sehr instructiven Ueberblick über die Bedeutung der Heiserkeit als Symptom von Kehlkopferkrankungen und weist auf die Wichtigkeit der laryngoskopischen Untersuchung, besonders für alle Fälle von andauernder Heiserkeit bei Patienten von über 40 Jahren hin.

JAMES DONELAN.

100) **S. Bang** (Dänemark). **Behandlung von Larynxleiden mittels Licht. (Behandling af Larynxlidelser med Lys.)** *Nord. Tidsskrift f. Terapi. April 1907.*

B. hat einen besonderen Apparat construirt, in welchem ein Prisma von Quarz und ein System von Quarz-Linsen in der Weise angebracht sind, dass er im Stande ist, mit der auch von Bang construirten Eisen-Lampe Licht in den Kehlkopf zu werfen. Er benutzt eine Stromstärke von 10—12 Ampère, Beleuchtungsdauer von 2—$2^1/_2$ Minuten. B. wird sich noch über die therapeutischen Resultate dieser Behandlungsmethode aussprechen, wenn ein noch viel grösseres Beobachtungsmaterial zu seiner Verfügung steht.

E. SCHMIEGELOW.

101) **E. Meyer** (Berlin). **Demonstration farbiger Photographien.** *Berlin. klin. Wochenschr. No. 2. Vereinsbeilage. 1906.*

Vortr. demonstrirt farbige Photographien, aufgenommen am lebenden Kehlkopf, und erläutert dabei die noch bestehenden grossen technischen Schwierigkeiten.

ALBANUS (ZARNIKO).

102) **Galebski. Zur Frage der Lungentherapie vermittelst intratrachealer Instillationen. (K woprosu o sposob letschneija balesnei legotschnoi tkani pri pomoschtschi intrachealmich wliwanii.)** *R. Wratsch. No. 26. 1907.*

Die fleissige Arbeit zerfällt in zwei Theile, einen experimentellen und einen klinischen. Experimentirt wurde an Kaninchen und Hunden. Der Autor war vor allem bemüht festzustellen, wie weit die Substanzen in die Lungen dringen. Bekanntlich wird von den meisten Autoren behauptet, dass die Alveolen mit den einzuführenden Substanzen nicht in Berührung kommen. Nach den Ermittelungen von Galebski ergiebt sich, dass Menthol, Eucalyptol und Hetol in Ol. oliv. dulc. in 5proc. Lösungen nicht nur in die Alveolen, sondern sogar in das Lungengewebe und Bronchialdrüsen vordringen.

Klinisch lies sich immer eine günstige Einwirkung auf den Husten, putriden Geruch, die Expectoration und das subjective Befinden constatiren. Die jedesmalige Menge des einzuführenden Mittels betrug 5,0 ccm. P. HELLAT.

103) **Rodriguez Pinilla. Die intratrachealen Injectionen. (Las injectiones intraqueales.)** *Siglo medico. 23. Juli 1907.*

Verf. theilt einige Fälle mit, durch die die Wirksamkeit der intratrachealen Injectionen bei chronischer Tracheitis und Tracheobronchitis gezeigt werden soll.

TAPIA.

104) **Notiz des Herausgebers. Intratracheale Injectionen bei der Behandlung chronischer Lungenkrankheiten. (Intratracheal injections in the treatment of chronic diseases of the lungs.)** *N. Y. Medical Record. 23. September 1907.*

Es wird der Werth der Intratrachealinjectionen verglichen mit dem der Inhalationen; der Vergleich fällt zu Gunsten der ersteren aus. Die Untersuchungen Galebskis an Thieren zeigen, dass die injicirte Flüssigkeit die Alveolen und Intestinaigewebe und die Bronchialdrüsen sicherer erreicht, als bei der Inhalation.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

105) **John Landström. Ueber Morbus Basedowii. Eine chirurgische und anatomische Studie. Academische Abhandlung.** *Stockholm 1907.*

Diese Studien, die der Verf. zur Erlangung der medicinischen Doctorwürde gemacht hat, basiren auf 52 Fällen, die im Königl. Serofimerlazareth in Stockholm durch Operation behandelt worden sind. Von diesen starben 3 unmittelbar nach der Operation; die übrigen wurden mit folgenden Methoden behandelt: Unterbindung von Arterien 20 Fälle (von 3 Arterien 16, von 2 Arterien 4 Fälle), halbseitige Excision 11 Fälle, halbseitige Excision und Unterbindung der oberen Arterie auf der entgegengesetzten Seite 14 Fälle und andere Operationen 4 Fälle. Betreffend die Resultate der verschiedenen Operationsmethoden kann nach der Casuistik des Verf.'s als festgestellt gesagt werden, „dass die partiellen Arterienunterbindungen als alleinige Behandlungsmethode bei M. B. der halbseitigen Excision und besonders einer Combination der beiden Methoden gegenüber an Effectivität nachstehen". Ehe Verf. sich in die kritische Behandlung der bis jetzt üblichen Operationsmethoden und deren Technik einlässt, zeigt er uns durch seine anatomischen Studien, wie es sich mit dem Gefässverhältniss der Glandula thyreoidea verhält; er constatirt nämlich, dass die Thyreoidealarterien keine Endarterien sind (deutsche Verf.), sondern in grosser Ausdehnung mit einander anastomosiren (französische und englische Forscher) — ein Umstand, der den verhältnissmässig geringen Erfolg der partiellen Unterbindung erklärt. Für die Operation empfiehlt L. einen grossen bogenförmigen Schnitt, „dessen oberer Theil dem vorderen Rande des Sternocleidomuskels folgt, während er unten nach der Mittellinie zu abweicht", wonach die Arterien unterbunden werden, nachdem hindernde Muskeln getheilt worden sind; die Struma wird subcap-

sulär abgelöst, die Venen ligirt und der Lappen so durchgeschnitten, „dass eine dünne Schicht an der gewünschten Stelle zurückgelassen wird“. Die Blutung wird in dieser Weise minimal. Was den Verlauf der Krankheit nach der Operation betrifft, betont Verf., dass die Convalescenz ziemlich lange dauert, auch wenn der Pat. schon unmittelbar nach der Operation sich besser fühlt. Die so wichtigen Herzsymptome, subjective und objective, sind die am längsten fortbestehenden und von speciellem Interesse ist, dass L.'s Material zeigt „die überraschende Thatsache, dass in keinem von den genesenden Fällen ein Rückgang der Herzbreite zum Normalen sicher zu constatiren ist“. Durch seine Studien über die jetzigen Behandlungsmethoden des M. B. im Allgemeinen glaubt Verf. sich den Schluss machen zu können, „dass keine Behandlung auch nur annähernd so gute Resultate aufzuweisen gehabt hat, wie die operative Strumatherapie und durch das Vorlegen des Materials aus dem Serofimerlazareth ist eine weitere Bestätigung dieser Behandlungsmethode gewonnen worden“. Verf. stimmt mit Kocher überein, dass genaue Indicationen noch nicht aufgestellt werden können, glaubt aber, dass das Risiko einer Operation im letztem Stadium und die Thatsache, dass die schon entstandenen Herzveränderungen sich nicht zurückbilden, entschieden zu einer Frühoperation drängen.

Die bis jetzt vorgebrachten Versuche, die Augensymptome des M. B. zu erklären, haben den Verf. nicht zufrieden gestellt. Seine anatomischen Studien des Auges haben zu dem überraschenden Erfolge geführt, dass in der Orbita sich contractiles Gewebe (glatte Muskulatur) findet, das bisher der Aufmerksamkeit entgangen ist“. Landström zeigt nämlich, „dass der vordere Theil des Augapfels von einem cylinderförmig angeordneten, aus glatten Zellen bestehenden Muskel mit Ursprung am Septum orbitale und Insertion am Aequator cerebri umgeben ist“. Durch die Wirksamkeit dieses Muskels lassen sich sämmtliche Symptome bei M. B. mit Ausnahme der einige Mal beobachteten Augenmuskellähmungen erklären.

Zum Schlusse betont Verf. in dieser seiner gediegenen und bedeutungsvollen Arbeit mehr als andere Forscher, dass Infectionskrankheiten eine nicht unwesentliche Rolle als ätiologisches Moment zum Morbus Basedowii spielen.

E. STANGENBERG.

106) **Einar Rothe** (Götheborg). **Neuere Untersuchungen über Morbus Basedowii. (Nyare Undersökningar öfer Morb. Basedowii.)** *Nord. Tidsskrift f. Terapi. S. 231. Mai 1907.*

Uebersichtsartikel.

E SCHMIEGELOW.

107) **L. F. Barker. Diagnose des Morbus Basedow. (Diagnosis of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 15. Juni 1907.*

In der Regel ist die Schwellung der Schilddrüse nicht sehr gross, besonders in den Frühstadien. In acuten Fällen ist der Tumor oft weicher als die normale Drüse. Als das wichtigste Symptom erwiesen sich die Erscheinungen von Seiten des Gefässsystems; in vielen Fällen war Pulsation des Tumors zu constatiren, das constanteste Symptom jedoch war die Tachycardie und zwar betrug der Puls 90



bis 200. Der Exophthalmus fehlte fast in einem Drittel der Fälle. Tremor fand sich nicht nur an den Extremitäten, sondern auch an der Muskulatur des Rumpfes. Eine häufige Begleiterscheinung waren Diarrhoe und Erbrechen, besonders in den vorgeschrittenen Stadien der Erkrankung. Psychische Symptome waren sehr ausgesprochen und fielen oft zuerst ins Auge. Verf. zählt schliesslich 11 Erscheinungen von Seiten des Auges auf, die beim Basedow vorkommen können.

LEFFERTS.

108) **Gilbert Ballet, Sainton, Dekerm. Morbus Basedow. (Goitre exophthalmique.)** *Medicinischer Congress. Paris 14. September 1907.*

Allgemeine Uebersicht über die üblichen Behandlungsmethoden. Die Hauptsache ist nach Ansicht der Verff. die Reizbarkeit des Nervensystems und die Störung der Secretion zu bekämpfen.

GONTIER de la ROCHE.

109) **S. Solis Cohen. Die unchirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (The nonsurgical treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 5. August 1907.*

Verf. sagt, dass in einer neueren Arbeit, vom chirurgischen Standpunkt aus, eine Mortalität von 30—50 pCt. als ein gutes, eine solche von 10 pCt. als ein phänomenales Resultat bezeichnet wurde. Demgegenüber müsse der Werth der medicamentösen Behandlung betont werden. Frühzeitige Fälle erfordern keine Serumbehandlung; Ruhe, Hygiene, Ergotin, Strophantus, Thymus und Adrenalin sind die hierbei zu empfehlenden Mittel. Gegen die Herzsymptome erweist sich Chinin. hydrobromicum als nützlich; Antithyreoidinserum kann in Verbindung damit gebraucht werden. In den Händen des Verf.'s hat sich nur das Serum von Roger und Beebe bewährt.

LEFFERTS.

110) **E. A. Tscherning** und **M. Lauritzen** (Kopenhagen). **Acuter Morbus Basedowii glücklich mit partieller Strumectomie behandelt. (Akut Morb. Basedowii behandlet heldigt med partiel Strumektomi.)** *Mit 2 Abbildgn. und 2 Curven. Nordisk Tidsskrift f. Terapi. S. 337. August 1907.*

Es handelt sich um eine unvermählte 38jährige Frau, die in Aethernarkose partiell strumectomirt wurde, weil die Patientin an Morbus Basedowii, der vergeblich während 4 Monaten intern behandelt war, litt. Das Resultat des operativen Eingriffs war gut, die Entwickelung der Krankheit wurde arretirt und eine gleichmässig fortschreitende Besserung trat ein.

E. SCHMIEGELOW.

111) **R. G. Preble. Medicamentöse Behandlung des Morbus Basedow. (Medical treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Record. 15. Juni 1907.*

Unter den Medicamenten räumt Verf. dem Opium den grössten Werth ein; das Endergebniss seiner Erwägungen ist, dass es besser sei, zu früh als zu spät zu operiren.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

112) **Guisez** (Paris). **Oesophagotomie unter Oesophagoskopie wegen einer der Dilatation trotzenden Narbenstenose. (Oesophagotomie sous oesophagoscopie pour rétrecissement cicatriciel rebelle à la dilatation.)** *Société de Chirurgie. 14. Juli 1907.*

Unter Leitung des Oesophagoskops wurden in drei aufeinander folgenden Sitzungen einige kleine Incisionen in die Narbenmasse gemacht; dadurch wurde die Stenose soweit gedehnt, dass die Dilatation mit Erfolg fortgesetzt werden konnte.

GONTIER de la ROCHE.

113) **William Lerche. Diffuse Speiseröhrendilatation ohne anatomische Stenose, nebst Bericht über einen Fall chronischen Cardiospasmus. (Diffuse dilatation of the oesophagus without anatomical stenosis with report of a case due to chronic cardio-spasm.)** *American Journal of Medical Sciences. October 1907.*

Die Diagnose gründete sich auf den plötzlichen Beginn mit Regurgitiren von Nahrung und Flüssigkeit, die Thatsache, dass zeitweise geringe Schwierigkeit beim Passiren der Nahrung bestand, während zu anderen Zeiten Pat. überhaupt nichts herunterbringen konnte, die eigenthümliche Empfindung beim Bougiren und das plötzliche Nachgeben das Hinderniss an der Cardia auf sanften Druck, ferner die Thatsache, dass zu Zeiten die Tuben leicht, zu anderen Zeiten nur schwer hindurchgingen. Der Oesophagus fasste 425 ccm. Krebs und andere Geschwülste konnten nach der Krankengeschichte ausgeschlossen werden. Das Dilatationsverfahren führte zur Heilung.

EMIL MAYER.

114) **Michaelis** (Leipzig). **Eine durch Fibrolysin geheilte Oesophagusstrictur.** *Med. Klinik. 10. 1907.*

Achtjähriges Mädchen mit hochgradiger Structur des Oesophagus (entstanden durch Heilung eines Decubitalgeschwüres) erhielt alle 3 Tage 2,3 ccm Fibrolysin injicirt, nach der 6. Einspritzung passirte eine Sonde No. IX Charrière die Strictur, nach der 7. Injection fiel Sonde X Ch. glatt durch die Passage hindurch. Völlige Heilung.

SEIFERT.

115) **Hagenbach-Burckhardt** (Basel). **Ueber zwei Fälle von Heilung von Narbenstricturen des Oesophagus durch Thiosinamin.** *Med. Klinik. 27. 1907.*

In zwei Fällen von Laugenverätzung der Speiseröhre bei Kindern wurde durch Thiosinamin resp. Fibrolysininjection (alle zwei Tage, dazwischen Sondenbehandlung) völlige Heilung erzielt.

SEIFERT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **E. Goldmann** und **E. Killian. Ueber die Verwendung der X-Strahlen für die Bestimmung der nasalen Nebenhöhlen und ihrer Erkrankungen.** Tübingen 1907.

Nachdem transversale Durchleuchtung des Schädels mit X-Strahlen für die Praxis keine befriedigenden Resultate ergeben hatte, wurden die Verff., wie sie mittheilen, von Högler (Basel) darauf aufmerksam gemacht, dass die Durchleuchtung des Schädels in sagittaler Richtung ein viel besseres Bild von den Nebenhöhlen der Nase ergebe. Daraufhin haben E. Goldmann und Killian eine grössere Reihe von Aufnahmen in der Weise gemacht, dass sie die X-Strahlen durch eine auf die Protuberantia occipitalis aufgelegte Blende von hinten nach vorn in streng sagittaler Richtung durch den Schädel schickten. Es wurden meist weiche bis halbweiche Röhren benutzt, die Exposition dauerte gewöhnlich 1—1 ½ Minuten. Auf Grund ihres Untersuchungsmaterials, bei dem auch 30 pathologische Fälle verwerthet wurden, kommen die Verff. zu dem Schluss, dass die sagittale Durchleuchtung ein genaues Urtheil ermögliche über die Existenz einer Stirn- und Kieferhöhle, über ihre Gestalt und Ausdehnung. Auch bei der Erkennung pathologischer Zustände in der Stirn- und Kieferhöhle und im Siebbein leiste sie werthvolle Dienste, da sich Eiterungen ebenso wie krankhafte Veränderungen am Knochen und in den Schleimhautauskleidungen als Verschleierungen im Positiv zu erkennen geben. Allerdings muss zugegeben werden, dass bei dem augenblicklichen Stand der Dinge die Deutung dieser Verschleierung noch in manchen Fällen, besonders bei doppelseitiger Verschleierung, mit Schwierigkeiten verknüpft ist: nicht aus jeder Verschleierung darf man einen diagnostischen Schluss ziehen, und ihr Fehlen lässt eine Erkrankung nicht mit Sicherheit ausschliessen. Immerhin aber reiht sich, wie die Verff. Seite 8 sagen und durch die Wiedergabe von 30 Krankenberichten und 12 gut gelungenen Röntgenaufnahmen erhärten, „die sagittale Durchleuchtung des Schädels mit X-Strahlen den übrigen Untersuchungsmethoden als eine gleichwerthige an und dient zur Vervollständigung derselben, ohne aber dieselben entbehrlich zu machen.“ (Im Text steht, was wohl nur ein Lapsus calami ist, „unentbehrlich zu machen“.)

Diesem Urtheil kann sich Ref. nach seinen Erfahrungen durchaus anschliessen; man wird hoffen dürfen, dass die immer weiter fortschreitende Technik die Präcision der Röntgenaufnahmen und ihre diagnostische Verwerthung noch weiter fördern wird. Es wäre dankenswerth gewesen, wenn die Verff. noch mit einem Wort darauf eingegangen wären, in wieweit die Röntgenaufnahme der einfachen Durchleuchtung der Stirn- und Kieferhöhlen nach Vohsen (s. Med. Klinik, 1907) überlegen ist. A. Kuttner (Berlin).

---

b) **G. Besold** und **H. Gidionsen. Pathologie und Therapie der Kehlkopftuberculose.** Mit einem Geleitworte von Excellenz Wirklichem Geheimrath Prof. Dr. med. Moritz Schmidt. Berlin, Georg Reimer. 1907.

Zur selben Stunde fast, als man in Frankfurt a. Main Moritz Schmidt zur ewigen Ruhe geleitete, ging mir die Besold-Gidionsen'sche Abhandlung zur Besprechung zu, für welche der Unermüdliche noch kurz vor seinem Scheiden ein

ehrendes Geleitwort geschrieben hatte. So klingt dieses Wort fast wie eine Botschaft ab inferis zu uns, und mit einem Gefühl stiller Wehmuth lesen wir, was Moritz Schmidt uns in letzter Stunde noch zu sagen hatte. Er berichtet von jener Zeit, in der er das Hauptwerk seines Lebens, die Bekämpfung der Kehlkopfschwindsucht, in Angriff nahm. Damals, es war im Jahre 1880, hatte er auf dem Congress in Mailand mitgetheilt, dass es ihm im Laufe der letzten Jahre gelungen sei, 16 von 319 Larynxphthisen zu heilen. Als er v. Ziemssen bat, diesen Vortrag im „Archiv für klinische Medicin“ aufzunehmen, erhielt er die Antwort, seinem Wunsche könne nur entsprochen werden, „wenn in dem Titel — Die Kehlkopfschwindsucht und ihre Heilung — das Wort ‚Heilung‘ durch ‚Behandlung‘ ersetzt würde“. So beurtheilte damals einer der ersten Kliniker seiner Zeit, der sich gegen den Vorwurf einer unwürdigen Bevormundung seiner Autoren gewiss mit aller Energie gewehrt hätte, die Prognose der Larynxphthise: eine Heilung derartiger Fälle erschien ihm als eine so baare Unmöglichkeit, dass er nicht einmal in der Ueberschrift eines Aufsatzes von dieser Eventualität zu sprechen erlaubte. — Aber Moritz Schmidt, damals noch ein junger unbekannter Practiker, hat Recht behalten! Und wenn er auch in seiner Herzensbescheidenheit mit Stillschweigen über den Antheil hinweggeht, den er selbst an den hier erzielten Erfolgen hatte, es muss ihn doch in späteren Jahren mit stolzer Freude erfüllt haben, dass seine Weissagung von damals sich so glänzend erfüllt hat: Heute, 27 Jahre, nachdem v. Ziemssen die Heilbarkeit der Larynxphthise für eine undiscutirbare Utopie erklärt hatte, ist diese eine allbekannte und allseits anerkannte, selbstverständliche Thatsache geworden!

Das Besold-Gidionsen'sche Buch selbst ist und will sein eine von Practikern für Practiker geschriebene Abhandlung über die Pathologie und Therapie der Kehlkopftuberculose, in der selbstverständlich auch alle hierher gehörigen theoretischen Fragen gebührende Berücksichtigung finden. Von Interesse sind zuvörderst die statistischen Daten. An einem Material von mehr als 2000 Fällen von Lungentuberculose wird gezeigt, dass in etwa einem Viertel der Fälle auch der Larynx erkrankt; Mund-, Rachen- und Nasentuberculose sind sehr selten (im Ganzen nur 19 derartige Fälle). Das männliche Geschlecht zeigt doppelt so viel Erkrankungen als das weibliche. Wenn es auch hauptsächlich die schweren Fälle von Lungentuberculose (III. Stadium der Turban'schen Eintheilung) sind, die am häufigsten zu einer Miterkrankung des Kehlkopfes führen, so finden sich doch oft genug auch schon im Anfangsstadium der Lungenerkrankung ernste Affectionen des Kehlkopfes.

Als Hauptformen der Larynxtuberculose werden aufgezählt: 1. das Infiltrat, 2. das Ulcus, 3. der Tumor tuberculosus, 4. das miliare Knötchen. Bei der Besprechung des Infiltrates wäre es vielleicht aus practischen wie theoretischen Gründen wünschenswerth gewesen, die Hyperplasien, die sich aus den Infiltraten durch die Organisation des Infiltrationsmaterials entwickeln, von den Infiltraten selbst zu unterscheiden. Bei der Bestimmung des Begriffes eines tuberculösen Tumors möchte ich mich, im Gegensatz zu den Verff., doch lieber an die engere Definition von Schech halten, durch welche die pathogenetisch und klinisch von dem wahren Tumor sehr differirenden tuberculösen Granulationen abgesondert



werden. Ein Uebergreifen der tuberculösen Entzündung auf das Perichondrium haben die Autoren wiederholentlich beobachtet, aber nicht ein einziges Mal eine sicher erwiesene eitrige Perichondritis.

Mit grosser Sorgfalt ist die Histologie der verschiedenen tuberculösen Erkrankungsformen bearbeitet; eine Reihe von instructiven Abbildungen unterstützen das Verständniss des Lesers. Frische Tuberkelansiedelung pflegt nach den Untersuchungen der Verff. meist in einem deutlich erkennbaren Verhältniss zu dem äussersten, unmittelbar unter dem Epithel gelegenen Gefässschlingenbezirk zu stehen. Die Epithelmetaplasie und -Hyperplasie, welche die Verff. gerade bei Tumoren hervorheben, findet sich, wie Ref. schon vor 15 Jahren gezeigt hat, nicht nur hier, sondern auch bei den verschiedenen Erscheinungsformen der Tuberculose, und ebenso bei allen möglichen anderen chronisch verlaufenden Processen.

Als anatomisches Substrat für jedes echte tuberculöse Geschwür fordern die Verff. mit Recht die Präexistenz des Tuberkels. — Bei der Discussion der Frage, auf welche Weise die Infection des Kehlkopfes bei schon bestehender Lungentuberculose zu Stande kommt, antworten die Verff. mit einem Ignoramus. Sie halten sowohl die Infection durch das vorbeipassirende Sputum, als auch die Infection auf dem Wege der Blut- und Lymphbahn für möglich, führen aber eine ganze Reihe von gewichtigen Gründen an, die es nicht gerade wahrscheinlich erscheinen lassen, dass dies die gewöhnliche Art der Invasion der Tuberkelbacillen sei. Wenn auch die hier vorgebrachten Einwendungen jede Berücksichtigung verdienen, so kann ich doch den Einwand, den die Verff. Seite 50—51 aus ihrer Statistik gegen die Cornet'sche Annahme herleiten, nicht recht verstehen: nimmt doch die procentuale Zahl derer, die sicher an Larynxtuberculose litten ebenso, wie die Zahl derer, die einer Larynxtuberculose verdächtig waren, immer mit der Schwere der Lungenerkrankung zu.

Bei der Besprechung der Differentialdiagnose heben die Verff. hervor, dass syphilitische Erscheinungen wiederholentlich auf Jod nicht reagirten; erst durch eine nachfolgende Schmierkur konnte die Natur der Krankheit sicher gestellt werden. Dazu möchte ich bemerken, dass es, wenn man die Diagnose ex juvantibus stellen will, nach meinen Erfahrungen durchaus erforderlich ist, immer Hg und Jod zu gleicher Zeit zu verabreichen, und selbst auf diese Weise lassen sich Trugschlüsse nicht immer vermeiden.

Mit den therapeutischen Ansichten der Verff. ist der Ref. im Princip zumeist einverstanden: Der Belichtung des Kehlkopfes stehen die Herren mit Recht skeptisch gegenüber, die Elektrolyse ist sicher eine für die Kehlkopfbehandlung ungeeignete Methode; die Anwendung der Milchsäure bei geschlossenen Infiltraten ist entschieden ein Missbrauch, ebenso eine alle 2—3 Tage wiederholte Application derselben. Mit Genugthuung habe ich weiter gelesen, dass die Herren die Laryngofissur denn doch nicht für einen so ganz harmlosen Eingriff halten, wie man sie von anderer Seite hinstellt. Gern hätte ich noch gesehen, wenn die Verff. betont hätten, dass die Larynxexstirpation, diese grausige Verstümmelung, bei der Tuberculose nur für die allerseltensten Ausnahmefälle in Betracht kommt, unter Tausenden von Fällen wird sie immer nur einmal indicirt sein. Der Werth der galvanokaustischen endolaryngealen Behandlung scheint mir richtig eingeschätzt: nur

möchte ich zur Warnung bemerken, dass ich einmal bei einem Tiefenstich in der Gegend des Aryknorpels eine recht unangenehme Blutung erlebte, ich möchte also doch rathen, mit der Benutzung der dicken Porzellanbrenner und mit der Steigerung der Stromintensität bis zur Weissglühhitze vorsichtig zu sein. Bezüglich der Curettage aber stehe ich auf einem etwas anderen Standpunkt als die Verff. Das Auftreten von Dyspnoe und Dysphagie berechtigt meines Erachtens noch nicht zu chirurgischen endolaryngealen Eingriffen, deren Bedeutung für einen sensiblen Patienten die Verff. doch etwas zu unterschätzen scheinen. Ich halte Operationen in dieser Situation nur dann für gerechtfertigt, wenn man die Ueberzeugung hat, damit einen bleibenden oder wenigstens einen für geraume Zeit vorhaltenden Nutzen zu schaffen. Die Heissluftbehandlung und die Verabreichung von Jodkali mit Kalomel nach E. Holländer's Vorschlag sind nicht erwähnt.

Dass die Sanatorienbehandlung viele Vortheile bietet, ist zweifellos, aber sie bringt auch sicher Gefahren mit sich. Manch' jugendlicher Patient, der ausserhalb des Sanatoriums leicht zu lenken und zu überwachen ist, unterliegt dort der Versuchung und dem schlechten Beispiel. Das Schweigegebot kann zweifelsohne ausserhalb des Sanatoriums ebenso gut respectirt werden als drinnen. Dass in vielen Heilstätten, wie die Herren klagen, die laryngologische Ausbildung der ärztlichen Leiter zum Schaden ihrer Patienten viel zu wünschen übrig lässt, muss leider zugegeben werden. Ich sehe aber den Schaden nicht, wie die Verff., nur in den Unterlassungssünden, die dort begangen werden, vielleicht ebenso oft und ebenso schwer wird von den Herren, die wie kleine Könige in ihrem Gebiet schalten, zu viel gethan. Was soll man dazu sagen, wenn, wie ich es selbst erlebt habe, einer Patientin, die ich mit einer ganz minimalen Spitzenaffection in ein Sanatorium geschickt hatte, am 3. Tage ihres Aufenthaltes eine Spina des Nasenseptums operirt wird, weil „die Lungenaffection nicht ausheilen könne, bevor die Patientin nicht gut durch die Nase athmen könne“ — oder wenn einem Patienten sub finem, d. h. 3 Tage vor seinem Tode, wegen Dyspnoe die Epiglottis exstirpirt wird? Diese Vorwürfe sind nun aber ganz gewiss nicht generell zu verstehen; es weiss niemand besser als ich selbst, dass auch unter den Anstaltsärzten zahlreiche Herren wohlerfahrene und zuverlässige Laryngologen sind, und ebenso lässt auch ausserhalb der Sanatorien die Indicationsstellung gewiss noch mancherlei zu wünschen übrig — peccatur intra et extra muros! Mit derartigen Uebelständen, die nun einmal jeder menschlichen Institution anhaften, werden wir schon noch eine Weile rechnen müssen; diese immer mehr zu verringern und unsere Erfolge in dem von Moritz Schmidt gehofften und gewünschten Sinne noch weiter zu verbessern, dazu bietet das vorliegende, auf so reicher Erfahrung aufgebaute Werkchen eine willkommene Anregung, die dem Interesse aller Fachgenossen bestens empfohlen sei. A. Kuttner (Berlin).

[Während der Herausgeber den allgemeinen Ausführungen des Herrn Referenten, besonders was die Laryngofissur und Kehlkopfexstirpation bei der Larynxtuberculose anbetrifft, warm zustimmt, ist es seinen Erfahrungen nach im Allgemeinen nicht möglich, das Schweigegebot ausserhalb des Sanatoriums so streng durchzuführen, als innerhalb desselben. Es ist gerade dieser Grund gewesen, der ihn zu dem in No. 93 dieser Nummer besprochenen Vortrage veranlasst hat.]

c) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Januar 1907.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Watson Williams: Stereoskopische Skiagramme der Nebenhöhlen: frontale, laterale und transversale Ansicht, die Anwesenheit von Eiter in einigen Höhlen zeigend.

St. Clair Thomson: 1. Submucöse Resection des Septum bei einem 37jährigen Mann mit Beseitigung einer äusseren Deformität.

2. Submucöse Resection bei einem 15jährigen Knaben.

In der anschliessenden Discussion wird die Frage der allgemeinen Narkose und einige Details erörtert.

Horsford: Cyste des Nasenbodens.

Jobson Horne: Cystom des Larynx.

Es werden Präparate von dem Fall demonstrirt. In einem Fall erwies sich ein anscheinendes Cystom an der ary-epiglottischen Falte als ein locales Oedem.

W. H. Kelson: 1. Tumor des Gaumens bei einer 65jährigen Frau.

Die Diagnose schwankt zwischen Carcinom und Fibroadenom.

2. Ulceration der Epiglottis und Zunge.

Es handelt sich wahrscheinlich um eine inoperable maligne Geschwulst.

De Santi: Tertiäre Syphilis des Larynx.

Sehr ausgesprochener Fall mit Athmbehinderung, der durch Jod- und Hg-Behandlung nicht sehr beeinflusst wurde.

St. Clair Thomson empfiehlt Hg-Injectionen.

Lieven (Aachen) empfiehlt Tracheotomie und Calomelinjectionen (1 : 10 Vasenol). Gleichzeitige Jodanwendung könnte zu einer gefährlichen localen Reaction im Larynx führen.

J. B. Ball: Kehlkopferkrankung. Syphilis?

Scanes Spicer: Epitheliom des Larynx, vorgestellt November und December 1906.

Behandelt mit Impfungen von Micrococcus neoformans.

Watson Williams und Robinson halten die Geschwulst für stationär oder kleiner.

Horsford: Tonsillenerkrankung mit erheblicher Cervicaldrüsenanschwellung.

Diagnose schwankt zwischen maligner Geschwulst und Nephritis.

Cathcart: Fibrom des Larynx.



Februar 1907.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Furniss Potter: 1. Fixation des linken Stimmbandes bei einer 45jährigen Frau.

Vor 15 Jahren Operation eines linksseitigen Kropfes. Vor 12 Monaten plötzlicher Verlust der Stimme. Das Aussehen spricht für eine Erkrankung im linken Cricoarythaenoidgelenk. Das Stimmband ist nahe der Mittellinie fixirt.

2. Tumor der Nasenscheidewand.

Ein rother, leicht blutender Tumor, der dem vorderen Theil des Septums auf der rechten Seite aufsass bei einer 39jährigen Frau, ein sogenannter „blutender Polyp“.

Parker hält Lupus für vorliegend, da auch die untere Muschel erkrankt ist.

Der Vorsitzende: Wenn Lupus vorliegt, so würde es sich empfehlen, um das Zustandekommen von Verwachsungen nach Operationen zu verhüten, dass man eine Fensterresection des Septums, das nach der erkrankten Seite zu verbogen ist, vornimmt.

St. Clair Thomson erwähnt den diagnostischen Werth des Adrenalins, nach dessen Application sich der Lupus deutlich roth von dem Untergrund abhebe; Lupus sei eine Contraindication gegen die Vornahme einer submucösen Resection.

Stuart Low: Grosser Tumor des weichen Gaumens und der linken Rachenwand bei einer 65jährigen Frau.

Mittheilung über den Verlauf der Operation, bei der starke Blutung auftrat.

Wyatt Wingrave hält den Tumor für ein typisches Cylindrom mit theilweisen Verkalkungen.

Betham Robinson: Kehlkopftuberculose (Fall zur Diagnose).

Abercrombie: Weiterer Verlauf des im Januar (unter Horsford's Namen) vorgestellten Falles von Halsdrüsenentzündung.

Die Anamnese ergiebt, dass die Adenitis 5 Tage nach der Operation an Tonsillen und Uvula in einer septischen Mundhöhle auftrat. Nachträglich fand sich bei der Incision der Anschwellung am Halse Eiter; dieser enthielt den Staphylococcus pyogenes. Es traten arthritische Symptome auf; Antistreptokokkenserum wurde gegeben und jetzt findet sich Pat. in Reconvalescenz.

Kelson: Abnormität am Halse.

Es handelt sich um ein abnormes Band, das entweder durch den Musc. omohyoideus oder die Fascie des M. digastricus gebildet wurde.

Dundas Grant: 1. Ulceration und Infiltration der rechten Kehlkopfseite. (Zur Diagnose.)

2. Lymphosarkom der Zungenbasis und Epiglottis (vorgestellt im November 1906).

Entfernung mittels Pharyngotomia lateralis nach Unterbindung der Arterien. Recidiv auf der linken Seite. Nach dem Rathschlusse Butlin's wurde die Ent-

fernung blutleer vorgenommen nach Unterbindung der rechten A. lingualis und facialis und der linken Carotis externa.

In das Recidiv wurde Papayotin injicirt und Arsen innerlich gegeben.

Parker: Geschwür der Tonsille. (Zur Diagnose.)

Barwell: Epitheliom der Tonsille.

März 1907.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Hugo Löwy (Karlsbad): Mikroskopische Schnitte von Nasenpolypen, im Inhalt der erweiterten Drüsen eigenthümliche spiralige und geknotete Schleimfäden enthaltend.

Der Befund ist in der Festschrift zu Ehren Schroetter's beschrieben. Das Aussehen erinnerte an Asthmaspiralen. Möglicherweise werden sie durch Druckschwankungen in den Drüsengängen während der Respiration gebildet.

Davis: 1. Fissuren der Zunge.

In der Discussion wird erörtert, ob es sich um dyspeptische oder congenitale Fissuren handelte.

2. Papillome des Kehlkopfs (vorgestellt November 1906).

Die Geschwülste wurden mit Zange und Schlinge ausgeräumt. Es besteht noch Röthung der Stimmbänder und etwas Aphonie. Es wird 4proc. Milchsäure in Sprayform angewandt.

C. A. Parker: Kehlkopftuberculose bei einer 33jährigen Frau.

Pat. ist im Februar 1905 als typische Kehlkopf- und Lungentuberculose vorgestellt worden, die vier Schwangerschaften durchgemacht hat. Sie hat jetzt wiederum abortirt. Von 6 Kindern sind 3 an tuberculöser Meningitis gestorben. Pat. hat jetzt Dypnoe; die Regio supra- und subglottica ist stark entzündlich geschwollen.

Milligan: Abscess des rechten Stirnlappens infolge chronischer beiderseitiger Stirnhöhlen- und Siebbeineiterung.

Patientin ist ein 20 jähriges Mädchen; es wurde an ihr die doppelseitige Killian'sche Operation vorgenommen; danach fühlte sie sich völlig wohl, klagte jedoch noch über ein dumpfes Gefühl im Kopf und hatte eine fötide Absonderung aus der Nase. Die Quelle derselben war auf der rechten Seite; sie konnte jedoch nicht genau festgestellt werden. Nach 6 Wochen traten intensive Kopfschmerzen auf und erhöhte Temperaturen. Die Temperatur blieb dann weitere 3 Wochen lang normal, stieg dann aber wieder an und Patientin starb. Bei der Obduction fand sich eine Abscesshöhle an der Unterfläche des rechten Stirnlappens; diese Höhle communicirte durch einen schmalen Fistelgang mit einer hinteren Siebbeinzelle und enthielt fötiden Eiter. Frische Meningitis war die unmittelbare Todesursache.

St. Clair Thomson demonstrirt das Gehirn eines ähnlichen Falles, in dem die Kopfschmerzen 18 Tage nach der Stirnhöhlenoperation anfingen. Makro-



skopisch konnte keine Communication mit dem Sinus festgestellt werden. Er glaubt, dass in seinem und Milligan's Fall ein latenter Abscess vor der Operation vorhanden war.

Tilley glaubt, dass Meningitis resultirend aus Stirnlappenabscess sehr viel häufiger durch Siebbein- als durch Stirnhöhlenerkrankung bedingt wird.

Watson Williams hält es rathsam, Eingriffe an den Siebbeinzellen, ausser den unteren vorderen, zu vermeiden, bis sie während der Stirnhöhlenoperation von vornher erreicht werden können.

Westmacott räth, die vorderen Siebbeinzellen auf dem endonasalen Wege in Angriff zu nehmen; dadurch würden viele äussere Operationen überflüssig.

Waggett glaubt, dass sowohl die vorderen wie die hinteren Zellen auf dem intranasalen Wege operirt werden sollten und dass günstige Resultate bei Stirnhöhlenfällen mittelst dieser Methode erreicht werden können.

Powell glaubt, dass das Intervall von 18 Tagen resp. 6 Wochen in den beiden Fällen für eine Infection während der Operation spräche.

St. Clair Thomson behauptet, dass die fronto-ethmoidalen Zellen in vielen Fällen auf dem endonasalen Wege nicht zugänglich seien.

Milligan hat in seinem Falle keine vorherige Ethmoidaloperation gemacht, weil er eine solche in Fällen, wo eine Radicaloperation in Aussicht genommen ist, für überflüssig hält.

Milligan: Exostose der Stirnhöhle.

Bei dem Patienten wurde im Jahre 1897, als er 60 Jahre alt war, eine Polypenoperation vorgenommen. Im Jahre 1904 geringes Recidiv. Im Jahre 1907 fand sich bei dem jetzt 70 jährigen Patienten eine grosse Knochengeschwulst in der linken Stirnhöhle, die das linke Auge nach unten und aussen dislocirte. Es wurde eine Operation vorgenommen, bei der sich zeigte, dass die Geschwulst breit vom Boden der Stirnhöhle entsprang. Erfolgreiche Entfernung.

Betham Robinson: Ausgedehnte Kehkopfpapillome.

5 jähriges Mädchen mit schwerer Dyspnoe; es wurden 19 intralaryngeale Operationen unter Chloroformnarkose im Laufe von 3 Jahren vorgenommen. Das Kind blieb häufig wochenlang frei von Symptomen, ging aber schliesslich, als es von chirurgischer Hülfe fern war, zu Grunde.

Der ganze Larynx inclusive der Hinterfläche des Ringkorpels und der Epiglottis war mit Geschwülsten bedeckt. Es fand sich Tuberculose der Lunge und der Bronchialdrüsen.

St. Clair Thomson: Rhinosklerom im Nasenrachen eines polnischen 19jährigen Mädchens.

Die Geschwulst im Nasenrachen hat das Aussehen eines Diaphragmas mit centraler Perforation.

St. Clair Thomson: 1. Endolaryngealer Tumor (zur Diagnose).

2. Sogenannter Prolaps des Ventrikels bei einer 50jährigen Frau.

3. Infiltration und Ulceration der Uvula bei einem Mann.

Es stellt sich heraus, dass es sich um Tuberculose handelte.

Peters: Lupus des Gaumens und Larynx mit Tuberkulin R. behandelt.

Milligan räth zur Tracheotomie.

St. Clair Thomson hat in Fällen von Halslupus keine guten Resultate vom Tuberkulin gesehen.

Peters: 1. Functionelle Gaumenparese bei einer 25jährigen Frau.

Pegler fand, dass bei der Patientin gelegentlich Contraction des Gaumens und Rhinolalia clausa bestand; er hält den Fall eher für Incoordination als für Parese.

2. Grosses Fibrom des Larynx bei einem 5jährigen Kinde.

Tracheotomie wegen Kehlkopfstenose. Entfernung des Tumor durch Spaltung des Ringknorpels. Später Thyreotomie und Entfernung eines anderen Fibroms. Jeder der Tumoren war haselnussgross.

3. Fall von Stirnhöhlenerkrankung; vorgestellt Juni 1906. Killian'sche Operation.

Stuart Low: Fälle von chronischer Stirnhöhlenerkrankung.

Nach der Operation wurde ein comprimirender Verband angelegt. Die Fälle waren 3—12 Jahre alt.

Paterson: Fremdkörper aus dem linken Bronchus entfernt.

Patient, ein 19 jähriger Mann, wurde 12 Stunden nach Aspiration des Fremdkörpers zuerst gesehen; die ersten Versuche der Entfernung misslangen infolge mangelnder Beleuchtung. Am nächsten Tage wurden die Versuche erneuert, ebenfalls in Chloroformnarkose; man sah jetzt den Fremdkörper im linken Bronchus. Mittels einer Killian'schen 9 mm-Tube und der Zange gelang die Entfernung leicht. Der Fremdkörper erwies sich als ein Stück Nussschale.

Scanes Spicer: 1. 75jähriger Mann mit inoperablem Carcinom des Pharynx, Larynx und der Drüsen, behandelt durch Impfungen mit Micrococoocus neoformans; vorgestellt Juni und November 1906.

Die Geschwulst scheint etwas kleiner geworden.

2. Fall von Carcinom des Larynx und Pharynx; vorgestellt November, December 1906 und Januar 1907, behandelt mit Neoformans-Impfungen.

Der Zustand wechselt unaufgeklärter Weise von Zeit zu Zeit, im Ganzen macht die Geschwulst jedoch sehr langsame Fortschritte; Allgemeinzustand und Gewicht unverändert.

Watson Williams: Die Krankheit hat in den letzten 4 Monaten Fortschritte gemacht, jedoch langsamer, als in der vorhergehenden Zeit.



Middlemass Hunt: Mikroskopisches Präparat von Lipom der Trachea.

68 jähriger Mann; seit 2 Jahren Dyspnoe. Man sah in der Trachea einen glatten, blassen, fest aussehenden Tumor. Durch Operation von aussen wurde ein haselnussgrosser Tumor von der hinteren Trachealwand entfernt, der mittels breiter Basis den ersten drei Ringen aufsass. Das Mikroskop zeigt, dass es sich um ein Lipom handelt. H. fand bisher nur ein subglottisches Lipom erwähnt; ein post mortem im linken Bronchus gefundenes (Rokitansky 1851).

Furniss Potter: Mikroskopisches Präparat von dem Septumtumor, vorgestellt Februar 1906.

Tuberculöser Tumor. E. B. Waggett.

d) Spanische medico-chirurgische Academie.

Sitzung vom 9. Februar 1907.

Cisneros: Totalexstirpation des Kehlkopfs.

60jähriger Patient; Carcinom, das sich auf beide Hälften des Kehlkopfs erstreckt und auch die Hinterwand ergriffen hat. Totalexstirpation in zwei Zeiten nach Le Bec. Heilung.

Compaired bevorzugt auch dies neue Verfahren. Er verwirft die Hemilaryngectomie in der Meinung, dass man in den frühzeitig diagnosticirten Fällen mit der Thyreotomie auskommt, in den anderen die Totalexstirpation machen soll.

Cisneros hält die Hemilaryngectomie für manche Fälle angebracht. Er hat sie 20mal mit Erfolg gemacht.

Sitzung vom 25. Februar 1907.

Botella: Vier Fälle von Oberkieferhöhlenempyem.

1. Alveolarfistel; Erweiterung derselben; Chlorzinkätzung, Spülungen; Heilung. 2. Empyem mit Fistel der äusseren Wand; Desault'sche Operation vor 4 Monaten; die Krankheit besteht noch. 3. Chronisches Empyem; Caldwell-Luc'sche Operation; Heilung. 4. Chronisches Empyem. Operation nach Claoné. Schnelle Heilung.

Die Durchleuchtung ist sehr unzuverlässig; das Mahu'sche Zeichen giebt uns Aufschluss über das Bestehen von Fungositäten.

Tapia ist für das Desault-Küster'sche Verfahren nicht eingenommen. Im Fall 3 hat man an Stelle der Caldwell-Luc'schen Methode die von Boenninghaus angewandt. Er selbst ist Anhänger des Caldwell-Luc'schen Verfahrens. Wenn viel Fungositäten vorhanden sind, kann man nach Claoné keine befriedigenden Resultate erzielen. Das Mahu'sche Zeichen hat nicht die Wichtigkeit, die Bottella ihm beimisst.

Laudate spricht sich gegen die Spülungen aus.

Botella bevorzugt Claoné, wenn wenig Fungositäten vorhanden sind, sonst den Caldwell-Luc.

Sitzung vom 4. März 1907.

Goyanes: Ein Fall von Nasenpolypen. Operation nach Partsch.

Grosse Schleimpolypen der linken Nasenhöhle, die das Septum nach rechts gedrängt hatten und in den Nasenrachen herabreichten. Ausserdem bestand eine Perforation in der lateralen Nasenwand, in der auch Polypen zum Vorschein kamen. Es war bereits per vias naturales operirt worden, jedoch waren Recidive eingetreten. Operation nach Partsch; man fand Polypen an der mittleren Muschel und dem Septum. Sinus intact. Heilung.

Tapia: Der Fall eignet sich zur Behandlung per vias naturales.

Rozo macht die Operation in Rose'scher Lage und unter völliger Anästhesie.

Sitzung vom 20. April 1907.

Cisneros: Zwei Fälle von Totalexstirpaton des Larynx.

C. stellt zwei kürzlich nach Le Bec operirte Fälle vor. Die Vortheile der zweizeitigen Operation bestehen darin, dass man die Schluckpneumanie vermeiden kann. In diesen Fällen besteht deutliche Pharynxstenose.

Sitzung vom 8. Juni 1907.

Compaired: Polysinusitiden.

I. 4jähriges Kind. Empyem beider Stirnhöhlen traumatischen Ursprungs; Fistelgang nach aussen. Trepanation, Extraction eines beweglichen Sequesters, Curettage. Verticalincision in der Regio nasalis; Exstirpation der vorderen Siebbeinzellen mit der Curette. Heilung.

II. 18jährige Kranke. Stirnempyem rechts. Trepanation; Curettage. Weiterbestehen des Schmerzes und Eiter links; Trepanation auf dieser Seite. Heilung.

III. 59jähriger Kranker. Oberkiefer-, Siebbein-, Keilbeinempyem. Caldwell-Luc'sche Operation; Abtragung der mittleren Muschel und der Siebbeinzellen. Curettage der Keilbeinhöhlen. Heilung. Tapia.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Dr. de Roaldès (New Orleans) ist zum Comthur des päpstlichen St. Gregorius-Ordens ernannt worden.

Dr. Keimer (Düsseldorf) hat den Professortitel erhalten und ist zum Leiter der laryngo-otologischen Abtheilung bei der Academie für practische Medicin ernannt worden.

Dr. Lannois (Lyon) ist gleichzeitig zum Professor an der Universität Lyon und zum Ritter der Ehrenlegion ernannt worden.

Prof. Spiess (Frankfurt a. M.) hat die Leitung der neu errichteten laryngologischen Abtheilung am Frankfurter städtischen Krankenhause übernommen.



I. Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress.

Türck-Czermak-Gedenkfeier.

Laryngo-rhinologische Ausstellung.

Unter dem Protectorate Sr. kaiserl. u. königl. Hoheit des durchlauchtigsten Herrn Erzherzog Franz Ferdinand.

Wien, 21. bis 25. April 1908.

Nach dem bisher festgestellten Programm wird am 20. April um 8 Uhr Abends eine gesellige Zusammenkunft an einem später zu bestimmenden Orte, am 21. April die feierliche Eröffnung des Congresses stattfinden. Am 22. werden die Referate erstattet, am 23. beginnen die Vorträge.

Die weiteren Einzelheiten des Programms werden seinerzeit verlautbart werden. Für Damen werden Theilhaberkarten gegen Erlegung von 15 Kr. ausgegeben.

I. Referate.

1. Sir Felix Semon (London), Referent:
   Die Allgemeinbehandlung localer Leiden der oberen Luftwege.
2. B. Fränkel (Berlin), Referent. — Lermoyez (Paris), Correferent:
   Die Laryngologie und Rhinologie vom allgemein-medicinischen Standpunkt. — Unterricht und Prüfung in diesen Fächern in den verschiedenen Staaten.
3. Gleitsmann (New-York), Referent. — Heryng (Warschau), Correferent:
   Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege.
4. Burger (Amsterdam), Referent. — Gradenigo (Turin), Correferent:
   Die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Röntgenstrahlen und des Radiums in der Laryngologie und Rhinologie.
5. Onodi (Budapest), Referent. — Kuhnt (Königsberg), Correferent:
   Zusammenhang zwischen Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraums mit denen des Auges.
6. Jurasz (Heidelberg), Referent:
   Internationale Laryngo-Rhinologen-Congresse.

II. Vorträge.

1. Gluck (Berlin): Die Chirurgie im Dienst der Laryngologie (mit Demonstration von Patienten).
2. Heymann (Berlin): Das Liston-Garcia'sche Princip.
3. Heryng (Warschau): Ueber Inhalationstherapie.
4. Flatau (Berlin): Neuere Erfahrungen über die Phonasthenie.
5. Grossmann (Wien): Ueber die intrabulbären Verbindungen des Trigeminus zum Vagus.
6. Baumgarten (Budapest): Kehlkopf- und Oesophagusstenose und ihr Einfluss auf die Geschlechtsorgane.
7. Imhofer (Prag): Die Kenntniss der Kehlkopftuberkulose im griechischen und römischen Alterthum.
8. Massei (Neapel): Riesengeschwülste im Larynx.
9. Denker (Erlangen): Die operative Behandlung der malignen Tumoren der Nase.
10. J. Oller Rabasa (Barcelona): Thema vorbehalten.
11. Killian (Freiburg i. Br.): Die Röntgenphotographie im Dienste der Rhinologie (und eine Demonstration).
12. v. Eicken (Freiburg i. Br.): Unsere Erfahrungen mit der Killian'schen Stirnhöhlenoperation (und eine Demonstration).
13. Brünings (Freiburg i. Br.): Ueber technische und klinische Fortschritte auf dem Gebiete der Bronchoskopie (und eine Demonstration).
14. Nägeli-Aekerblom (Genf): Therapie bei Rachen- und Halskrankheiten in Genf um 1700.

15. Emil Glas (Wien): Zur Kritik der Massei'schen Gesetze.
16. Emil Glas und Emil Kraus (Wien): Kehlkopftuberculose und Gravidität.
17. Ullmann (Wien): Beiträge zum Verhältniss zwischen Exanthemen und Enanthemen bei typischen Dermatosen.
18. Katzenstein (Berlin): Ueber Versuche am Gyrus praecrucialis Owen.
19. Sendziak (Warschau): Die Frage der Radicalbehandlung des Kehlkopfkrebses in den letzten 50 Jahren (1858—1908).
20. Alb. Blau (Görlitz): Ueber Sensibilität und Reflexbahnen des Larynx.
22. Réthi (Wien): 1. Indicationen der Operationen an der Nasenscheidewand.
    2. Einiges über die Pendelzuckung.
23. Onodi (Budapest): Ueber den diagnostischen Werth der Stirnhöhlendurchleuchtung.
24. Marquis (Chicago): (Demonstration) Enucleatio tonsillae.
25. Brieger (Breslau): Ueber die Bedeutung der Befunde von Rachenmandeltuberculose.
26. Jörgen Möller (Kopenhagen): Beiträge zur Kenntniss des Mechanismus der Brust- und Falsettstimme.
27. Struycken (Breda): Die optische Beobachtung von Luftschwingungen (Vocalklänge, Galtontöne etc.) und deren photographische Aufnahme (mit Demonstration).
28. Otto Mayer (Graz): Demonstration mikroskopischer Präparape.
29. Hajek (Wien): Meine Erfahrungen über meine endonasale Radicaloperation der Keilbeinhöhle.
30. Kanasugi (Tokyo): Ueber die Kehlkopfstörungen bei Beri-Beri.
31. Vohsen (Frankfurt a. M.): 1. Neue Behandlungsmethode des Nasenrachenkatarrhs und der Rhinitis vasomotorica.
32. Vohsen (Frankfurt a. M.): 2. Operation der bösartigen Mandelgeschwülste.
33. Vohsen (Frankfurt a. M.): 3. Methodik der Stirnhöhlen- und Kieferhöhlendurchleuchtung (mit Demonstration eines neuen Instruments).
34. Moure (Bordeaux): Considération sur la Trachéotomie-Thyrotomie.
35. Fein (Wien): Zur Fensterresection der Nasenscheidewand.
36. Hugo Stern (Wien).
37. Koschier (Wien): Die operative Behandlung des Larynxcarcinoms.
38. Schiffers (Siège): Trophödeme des Larynx.
39. Hennig (Königsberg): Der Einfluss der deutschen Meere (Nord- und Ostsee) auf die Tuberculose der oberen Luftwege.
*40. Mahu (Paris): Emploi de la baisse-langue autostatique en Rhino-Laryngologie.
*41. Tapia (Madrid): 1. Observations personnelles de corps étrangers des premiers voies respiratoires et digestives, enlevés au moyen de l'esophagoscopie et de la trachéo-bronchoscopie directes.
*42. Tapia (Madrid): 2. Collection des moulages en cire représentant des diverses lésions ésophagiques observées dans ma clinique.
*43. Vedova (Mailand): Su di alcuni punti relativi allo sviluppo della crista nasale nell'uomo.
*44. Vedova und Clerc (Mailand): Considerazioni cliniche e ricerche istopatologiche nelle riniti ipertrofiche.
*45. Weil (Wien): Ueber die conservative Behandlung der Nebenhöhleneiterungen.
*46. Harmer (Wien): Ueber Lähmungen der Stimmlippen nach Strumaoperationen.
*47. Cauzard (Paris); 1. De l'esthétique dans le traitement chirurgical des sinusites frontales.
*48. Cauzard (Paris): 2. Ostéo-fibrôme du maxillaire supérieur ayant comblé la cavité du sinus.
*49. Cauzard (Paris): Extraction de deux arêtes et d'une vertèbre de poisson munie de 2 arêtes, de la trachée et du larynx d'un enfant de 18 mois par la méthode de Killian.
*50. Kahler (Wien): Ueber die Erfolge der radicalen Behandlung der Nebenhöhleneiterungen.

*51. Löwe (Berlin): 1. Ueber die Freilegung des Naseninnern vom Munde aus.
*52. Löwe (Berlin): 2. Ueber die Aufdeckung der Hypophysis.
*53. L. Clerc (Mailand): Rilievi istopatologici sopra alcune neoplasie della laringe.
*54. Pardi (Mailand): Caratteristiche istologiche di alcuni tumori nasali e del rinofaringe.

* Nach dem 31. December 1907 angemeldete Vorträge.

Anmerkung. Diese Anordnung der Referate und Vorträge ist nur ein Vorschlag des vorbereitenden Comités, welcher den Herren Referenten das unbedingte Vorrecht sichern soll. Die endgültige Aufeinanderfolge von Referaten und Vorträgen hat erst das definitive Bureau des Congresses festzustellen.

Prof. Dr. O. Chiari,
Präsident des Executiv-Comités.

Angemeldete Mitglieder.

1. Oesterreich-Ungarn.

(Wien mit Ausnahme der Mitglieder der Wiener Laryngologischen Gesellschaft.)

1. Onodi, Budapest.
2. v. Navratil, Budapest.
3. Irsai, Budapest.
4. Zwillinger, Budapest.
5. Polyák, Budapest.
6. Lautin, Baden.
7. Eberstaller, Linz.
8. Pollak, Graz.
9. Erben, Graz.
10. Schoengut, Krakau.
11. Veth, Lussinpiccolo.
12. Laker, Graz.
13. Stern, Wien.
14. Catti, Fiume.
15. Kraus, Wien.
16. Frankenberger, Prag.
17. Mayer, Graz.
18. Pieniazek, Krakau.
19. Habermann, Graz.
20. Ullmann, Wien.
21. Panzer, Wien.
22. v. Grósz, Budapest.
23. v. Gámán, Kolozsvár.
24. Imhofer, Prag.
25. Baumgarten, Budapest.

2. Deutschland.

26. B. Fränkel, Berlin.
27. Heymann, „
28. Nast, „
29. Herzfeld, „
30. Hartmann, „
31. Pielke, „
32. Wehmer, „
33. Baginsky, Berlin.
34. Schoetz, „
35. Benkoff, „
36. Katzenstein, „
37. Gutzmann, „
38. Boldt, „
39. Löhnberg, Hamm i. W.
40. Winckler, Bremen.
41. Ruprecht, Bremen.
42. Kabsch, Liegnitz.
43. Fackeldey, Cleve.
44. Hoffmann, Dresden.
45. Hopf, Dresden.
46. Mann, Dresden.
47. Müller, Alwin, Leipzig.
48. Hansberg, Dortmund.
49. Haug, München.
50. Grünwald, München.
51. Thost, Hamburg.
52. Schmidt, Reichenhall.
53. Bresgen, Wiesbaden.
54. Schmidt, Würzburg.
55. Seifert, Würzburg.
56. Spiess, Frankfurt a. M.
57. Vohsen, Frankfurt a. M.
58. Avellis, Frankfurt a. M.
59. Fabian, Mülheim a. R.
60. Gerber, Königsberg.
61. Killian, Freiburg i. Br.
62. Strübing, Greifswald.
63. Jurasz, Heidelberg.
64. Brieger, Breslau.
65. Keimer, Düsseldorf.
66. Joël, Gerbersdorf.
67. Lieven, Aachen.
68. Tornwaldt, Danzig.
69. Blumenfeld, Wiesbaden.
70. Noltenius, Bremen.
71. Siegel, Berlin.
72. Denker, Erlangen.
73. Alexander, Reichenhall.
74. Rosenberg, Berlin.
75. Bock, München.
76. Cohnstädt, Erfurt.
77. Cordes, Berlin.
78. Mader, München.
79. Kuttner, Berlin.
80. Barth, Leipzig.
81. Neumayer, München.
82. Kuhnt, Königsberg.
83. Mayr, Würzburg.
84. Kuhn, Kassel.
85. Bernatzky, Neisse.
86. v. Eicken, Freiburg i. Br.
87. Brünings, Freiburg i. Br.
88. Gluck, Berlin.
89. Hirsch, Göttingen.
90. Ostmann, Marburg.
91. Flatau, Berlin.
92. Blau, Görlitz.
93. Lichtheim, Königsberg
94. Schmidt, Halle a. S.
95. Leutert, Giessen.
96. Hennig, Königsberg.

3. Ausland.

97. Mackenzie Broth., Aberdeen.
98. Botella, Madrid.
99. Urunuela, Madrid.
100. Jacques, Nancy.
101. Vedova, Mailand.
102. Lake, London.
103. Semon, London.
104. Pritchard, U. London.
105. Bayer, Gand.
106. Eemann, Gand.
107. Heyninx, Brüssel.

108. Capart père, Brüssel.
109. Capart fils, Brüssel.
110. Wodon, Brüssel.
111. Delstanche, Brüssel.
112. Schiffers, Liège.
113. Baber, Brighton.
114. Mermod, Lausanne.
115. Schmiegelow, Kopenhagen.
116. Maljutin, Moskau.
117. Posthumus Meyjes, Amsterdam.
118. Pel, Amsterdam.
119. Slotemaker, Zwolle.
120. Loopuijt, Dordrecht.
121. Struycken, Breda.
122. Furet, Paris.
123. Lermoyez, Paris.
124. Bronner, Bradford.
125. Moure, Bordeaux.
126. Moritz, Manchester.
127. Coggeshall, New-York.
128. Felix, Bukarest.
129. Dimitriadis, Athen.
130. Nager (ev. Sohn) Luzern.
131. Wagner, Montreux.
132. Pooly, New-York.
133. Cisneros, Madrid.
134. Mayer, New-York.
135. Stangenberg, Stockholm.
136. Luc, Paris.
137. Sokolowski, Warschau.
138. Miller, New-York.
139. Melzi, Mailand.
140. Middlemas Hunt, Liverpool.
141. Heryng, Warschau.
142. Gleason, Detroit.
143. Solis-Cohen, Philadelphia.
144. Baradet, Cannes.
145. Lefferts, New-York.
146. Brown Kelly, Glasgow.
147. Bichaton, Reims.
148. Thomson, London.
149. Bauduin, Namur.
150. Mignon, Nizza.
151. Braden Kyle, Philadelphia.
152. Mann, St. Paul.
153. Loeb, St. Louis.
154. Forns, Madrid.
155. Zaalberg, Amsterdam.
156. Moll, Arnheim.
157. Davis, London.
158. Dean, Jowa City.
159. Labus, Mailand.
160. Waggett, London.
161. Woods, Dublin.
162. Scanes Spicer, London.
163. Taptas, Konstantinopel.
164. Chichele Nourse, London.
165. Milligan, Manchester.
166. Newcomb, New-York.
167. Magd. Collier, London.
168. Frederick Spicer, London.
169. Ferreri, Rom.
170. Faraci, Palermo.
171. Tapia, Madrid.
172. Cartaz, Paris.
173. Jobson Horne, London.
174. Westmacott, Manchester.
175. Jakins, London.
176. Chauveau, Paris.
177. Trivas, Nevers.
178. Koenig, Paris.
179. Grossard, Paris.
180. Pugnat, Genf.
181. Sargnon, Lyon.
182. Oller Rabasa, Barcelona.
183. Compaired, Madrid.
184. Gill Wishart, Toronto (Kanada).
185. Lagerlöf, Stockholm.
186. Birkett, Montreal (Kanada).
187. Barajas, Madrid.
188. Berini, Barcelona.
189. Hare, Fresno (Kalifornien).
190. Nägeli Akerblom, Genf.
191. Jose de Slobet, Gerona (Spanien).
192. Elias, Bukarest.
193. Sedziak, Warschau.
194. Invelyan, Leeds.
195. Möller, Kopenhagen.
196. Burger, Amsterdam.
197. Flaivre, Poitiers.
198. Gaudier, Lille.
199. Paterson, Cardiff.
200. Kon, Leiden.
201. Oloriz, Granada.
202. Massei, Neapel.
203. Marquis, Chicago.
204. Kanasugi, Tokyo.
205. Collet, Lyon.
206. Stucky, New-York.
207. Grazzi, Florenz.
208. Gleitsmann, New-York.
209. Siegrist, Bern.
210. Mouret, Montpellier.
211. Logan Turner, Edinburgh.
212. van Anrooy, Rotterdam.
213. Mackenzie, Baltimore.
214. Margaret Butler, Philadelphia.
215. Garel, Lyon.
216. Cauzard, Paris.
217. Clare, Mailand.
218. Pardi, Mailand.

Wien, im Januar 1908.

Der Secretär:
Prof. Dr. M. Grossmann m. p.
IX. Garnisongasse 10, Wien.

Der Kassirer:
Dr. G. Scheff m. p.
I. Hoher Markt 4, Wien.

Der Präsident:
Hofrath Prof. Dr. O. Chiari m. p.
I. Bellariastrasse 12, Wien.

Februar 1907.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Furniss Potter: 1. Fixation des linken Stimmbandes bei einer 45jährigen Frau.

Vor 15 Jahren Operation eines linksseitigen Kropfes. Vor 12 Monaten plötzlicher Verlust der Stimme. Das Aussehen spricht für eine Erkrankung im linken Cricoarythaenoidgelenk. Das Stimmband ist nahe der Mittellinie fixirt.

2. Tumor der Nasenscheidewand.

Ein rother, leicht blutender Tumor, der dem vorderen Theil des Septums auf der rechten Seite aufsass bei einer 39jährigen Frau, ein sogenannter „blutender Polyp“.

Parker hält Lupus für vorliegend, da auch die untere Muschel erkrankt ist.

Der Vorsitzende: Wenn Lupus vorliegt, so würde es sich empfehlen, um das Zustandekommen von Verwachsungen nach Operationen zu verhüten, dass man eine Fensterresection des Septums, das nach der erkrankten Seite zu verbogen ist, vornimmt.

St. Clair Thomson erwähnt den diagnostischen Werth des Adrenalins, nach dessen Application sich der Lupus deutlich roth von dem Untergrund abhebe; Lupus sei eine Contraindication gegen die Vornahme einer submucösen Resection.

Stuart Low: Grosser Tumor des weichen Gaumens und der linken Rachenwand bei einer 65jährigen Frau.

Mittheilung über den Verlauf der Operation, bei der starke Blutung auftrat.

Wyatt Wingrave hält den Tumor für ein typisches Cylindrom mit theilweisen Verkalkungen.

Betham Robinson: Kehlkopftuberculose (Fall zur Diagnose).

Abercrombie: Weiterer Verlauf des im Januar (unter Horsford's Namen) vorgestellten Falles von Halsdrüsenentzündung.

Die Anamnese ergiebt, dass die Adenitis 5 Tage nach der Operation an Tonsillen und Uvula in einer septischen Mundhöhle auftrat. Nachträglich fand sich bei der Incision der Anschwellung am Halse Eiter; dieser enthielt den Staphylococcus pyogenes. Es traten arthritische Symptome auf; Antistreptokokkenserum wurde gegeben und jetzt findet sich Pat. in Reconvalescenz.

Kelson: Abnormität am Halse.

Es handelt sich um ein abnormes Band, das entweder durch den Musc. omohyoideus oder die Fascie des M. digastricus gebildet wurde.

Dundas Grant: 1. Ulceration und Infiltration der rechten Kehlkopfseite. (Zur Diagnose.)

2. Lymphosarkom der Zungenbasis und Epiglottis (vorgestellt im November 1906).

Entfernung mittels Pharyngotomia lateralis nach Unterbindung der Arterien. Recidiv auf der linken Seite. Nach dem Rathschlusse Butlin's wurde die Ent-

fernung blutleer vorgenommen nach Unterbindung der rechten A. lingualis und facialis und der linken Carotis externa.

In das Recidiv wurde Papayotin injicirt und Arsen innerlich gegeben.

Parker: Geschwür der Tonsille. (Zur Diagnose.)

Barwell: Epitheliom der Tonsille.

März 1907.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Hugo Löwy (Karlsbad): Mikroskopische Schnitte von Nasenpolypen, im Inhalt der erweiterten Drüsen eigenthümliche spiralige und geknotete Schleimfäden enthaltend.

Der Befund ist in der Festschrift zu Ehren Schroetter's beschrieben. Das Aussehen erinnerte an Asthmaspiralen. Möglicherweise werden sie durch Druckschwankungen in den Drüsengängen während der Respiration gebildet.

Davis: 1. Fissuren der Zunge.

In der Discussion wird erörtert, ob es sich um dyspeptische oder congenitale Fissuren handelte.

2. Papillome des Kehlkopfs (vorgestellt November 1906).

Die Geschwülste wurden mit Zange und Schlinge ausgeräumt. Es besteht noch Röthung der Stimmbänder und etwas Aphonie. Es wird 4proc. Milchsäure in Sprayform angewandt.

C. A. Parker: Kehlkopftuberculose bei einer 33jährigen Frau.

Pat. ist im Februar 1905 als typische Kehlkopf- und Lungentuberculose vorgestellt worden, die vier Schwangerschaften durchgemacht hat. Sie hat jetzt wiederum abortirt. Von 6 Kindern sind 3 an tuberculöser Meningitis gestorben. Pat. hat jetzt Dypnoe; die Regio supra- und subglottica ist stark entzündlich geschwollen.

Milligan: Abscess des rechten Stirnlappens infolge chronischer beiderseitiger Stirnhöhlen- und Siebbeineiterung.

Patientin ist ein 20 jähriges Mädchen; es wurde an ihr die doppelseitige Killian'sche Operation vorgenommen; danach fühlte sie sich völlig wohl, klagte jedoch noch über ein dumpfes Gefühl im Kopf und hatte eine fötide Absonderung aus der Nase. Die Quelle derselben war auf der rechten Seite; sie konnte jedoch nicht genau festgestellt werden. Nach 6 Wochen traten intensive Kopfschmerzen auf und erhöhte Temperaturen. Die Temperatur blieb dann weitere 3 Wochen lang normal, stieg dann aber wieder an und Patientin starb. Bei der Obduction fand sich eine Abscesshöhle an der Unterfläche des rechten Stirnlappens; diese Höhle communicirte durch einen schmalen Fistelgang mit einer hinteren Siebbeinzelle und enthielt fötiden Eiter. Frische Meningitis war die unmittelbare Todesursache.

St. Clair Thomson demonstrirt das Gehirn eines ähnlichen Falles, in dem die Kopfschmerzen 18 Tage nach der Stirnhöhlenoperation anfingen. Makro-



skopisch konnte keine Communication mit dem Sinus festgestellt werden. Er glaubt, dass in seinem und Milligan's Fall ein latenter Abscess vor der Operation vorhanden war.

Tilley glaubt, dass Meningitis resultirend aus Stirnlappenabscess sehr viel häufiger durch Siebbein- als durch Stirnhöhlenerkrankung bedingt wird.

Watson Williams hält es rathsam, Eingriffe an den Siebbeinzellen, ausser den unteren vorderen, zu vermeiden, bis sie während der Stirnhöhlenoperation von vornher erreicht werden können.

Westmacott räth, die vorderen Siebbeinzellen auf dem endonasalen Wege in Angriff zu nehmen; dadurch würden viele äussere Operationen überflüssig.

Waggett glaubt, dass sowohl die vorderen wie die hinteren Zellen auf dem intranasalen Wege operirt werden sollten und dass günstige Resultate bei Stirnhöhlenfällen mittelst dieser Methode erreicht werden können.

Powell glaubt, dass das Intervall von 18 Tagen resp. 6 Wochen in den beiden Fällen für eine Infection während der Operation spräche.

St. Clair Thomson behauptet, dass die fronto-ethmoidalen Zellen in vielen Fällen auf dem endonasalen Wege nicht zugänglich seien.

Milligan hat in seinem Falle keine vorherige Ethmoidaloperation gemacht, weil er eine solche in Fällen, wo eine Radicaloperation in Aussicht genommen ist, für überflüssig hält.

Milligan: Exostose der Stirnhöhle.

Bei dem Patienten wurde im Jahre 1897, als er 60 Jahre alt war, eine Polypenoperation vorgenommen. Im Jahre 1904 geringes Recidiv. Im Jahre 1907 fand sich bei dem jetzt 70 jährigen Patienten eine grosse Knochengeschwulst in der linken Stirnhöhle, die das linke Auge nach unten und aussen dislocirte. Es wurde eine Operation vorgenommen, bei der sich zeigte, dass die Geschwulst breit vom Boden der Stirnhöhle entsprang. Erfolgreiche Entfernung.

Betham Robinson: Ausgedehnte Kehkopfpapillome.

5 jähriges Mädchen mit schwerer Dyspnoe; es wurden 19 intralaryngeale Operationen unter Chloroformnarkose im Laufe von 3 Jahren vorgenommen. Das Kind blieb häufig wochenlang frei von Symptomen, ging aber schliesslich, als es von chirurgischer Hülfe fern war, zu Grunde.

Der ganze Larynx inclusive der Hinterfläche des Ringkorpels und der Epiglottis war mit Geschwülsten bedeckt. Es fand sich Tuberculose der Lunge und der Bronchialdrüsen.

St. Clair Thomson: Rhinosklerom im Nasenrachen eines polnischen 19jährigen Mädchens.

Die Geschwulst im Nasenrachen hat das Aussehen eines Diaphragmas mit centraler Perforation.

St. Clair Thomson: 1. Endolaryngealer Tumor (zur Diagnose).

2. Sogenannter Prolaps des Ventrikels bei einer 50jährigen Frau.



3. Infiltration und Ulceration der Uvula bei einem Mann.

Es stellt sich heraus, dass es sich um Tuberculose handelte.

Peters: Lupus des Gaumens und Larynx mit Tuberkulin R. behandelt.

Milligan räth zur Tracheotomie.

St. Clair Thomson hat in Fällen von Halslupus keine guten Resultate vom Tuberkulin gesehen.

Peters: 1. Functionelle Gaumenparese bei einer 25jährigen Frau.

Pegler fand, dass bei der Patientin gelegentlich Contraction des Gaumens und Rhinolalia clausa bestand; er hält den Fall eher für Incoordination als für Parese.

2. Grosses Fibrom des Larynx bei einem 5jährigen Kinde.

Tracheotomie wegen Kehlkopfstenose. Entfernung des Tumor durch Spaltung des Ringknorpels. Später Thyreotomie und Entfernung eines anderen Fibroms. Jeder der Tumoren war haselnussgross.

3. Fall von Stirnhöhlenerkrankung; vorgestellt Juni 1906. Killian'sche Operation.

Stuart Low: Fälle von chronischer Stirnhöhlenerkrankung.

Nach der Operation wurde ein comprimirender Verband angelegt. Die Fälle waren 3—12 Jahre alt.

Paterson: Fremdkörper aus dem linken Bronchus entfernt.

Patient, ein 19jähriger Mann, wurde 12 Stunden nach Aspiration des Fremdkörpers zuerst gesehen; die ersten Versuche der Entfernung misslangen infolge mangelnder Beleuchtung. Am nächsten Tage wurden die Versuche erneuert, ebenfalls in Chloroformnarkose; man sah jetzt den Fremdkörper im linken Bronchus. Mittels einer Killian'schen 9 mm-Tube und der Zange gelang die Entfernung leicht. Der Fremdkörper erwies sich als ein Stück Nussschale.

Scanes Spicer: 1. 75jähriger Mann mit inoperablem Carcinom des Pharynx, Larynx und der Drüsen, behandelt durch Impfungen mit Micrococoecus neoformans; vorgestellt Juni und November 1906.

Die Geschwulst scheint etwas kleiner geworden.

2. Fall von Carcinom des Larynx und Pharynx; vorgestellt November, December 1906 und Januar 1907, behandelt mit Neoformans-Impfungen.

Der Zustand wechselt unaufgeklärter Weise von Zeit zu Zeit, im Ganzen macht die Geschwulst jedoch sehr langsame Fortschritte; Allgemeinzustand und Gewicht unverändert.

Watson Williams: Die Krankheit hat in den letzten 4 Monaten Fortschritte gemacht, jedoch langsamer, als in der vorhergehenden Zeit.

Middlemass Hunt: Mikroskopisches Präparat von Lipom der Trachea.

68jähriger Mann; seit 2 Jahren Dyspnoe. Man sah in der Trachea einen glatten, blassen, fest aussehenden Tumor. Durch Operation von aussen wurde ein haselnussgrosser Tumor von der hinteren Trachealwand entfernt, der mittels breiter Basis den ersten drei Ringen aufsass. Das Mikroskop zeigt, dass es sich um ein Lipom handelt. H. fand bisher nur ein subglottisches Lipom erwähnt; ein post mortem im linken Bronchus gefundenes (Rokitansky 1851).

Furniss Potter: Mikroskopisches Präparat von dem Septumtumor, vorgestellt Februar 1906.

Tuberculöser Tumor. E. B. Waggett.

d) Spanische medico-chirurgische Academie.

Sitzung vom 9. Februar 1907.

Cisneros: Totalexstirpation des Kehlkopfs.

60jähriger Patient; Carcinom, das sich auf beide Hälften des Kehlkopfs erstreckt und auch die Hinterwand ergriffen hat. Totalexstirpation in zwei Zeiten nach Le Bec. Heilung.

Compaired bevorzugt auch dies neue Verfahren. Er verwirft die Hemilaryngectomie in der Meinung, dass man in den frühzeitig diagnosticirten Fällen mit der Thyreotomie auskommt, in den anderen die Totalexstirpation machen soll.

Cisneros hält die Hemilaryngectomie für manche Fälle angebracht. Er hat sie 20mal mit Erfolg gemacht.

Sitzung vom 25. Februar 1907.

Botella: Vier Fälle von Oberkieferhöhlenempyem.

1. Alveolarfistel; Erweiterung derselben; Chlorzinkätzung, Spülungen; Heilung. 2. Empyem mit Fistel der äusseren Wand; Desault'sche Operation vor 4 Monaten; die Krankheit besteht noch. 3. Chronisches Empyem; Caldwell-Luc'sche Operation; Heilung. 4. Chronisches Empyem. Operation nach Claoné. Schnelle Heilung.

Die Durchleuchtung ist sehr unzuverlässig; das Mahu'sche Zeichen giebt uns Aufschluss über das Bestehen von Fungositäten.

Tapia ist für das Desault-Küster'sche Verfahren nicht eingenommen. Im Fall 3 hat man an Stelle der Caldwell-Luc'schen Methode die von Boenninghaus angewandt. Er selbst ist Anhänger des Caldwell-Luc'schen Verfahrens. Wenn viel Fungositäten vorhanden sind, kann man nach Claoné keine befriedigenden Resultate erzielen. Das Mahu'sche Zeichen hat nicht die Wichtigkeit, die Bottella ihm beimisst.

Laudate spricht sich gegen die Spülungen aus.

Botella bevorzugt Claoné, wenn wenig Fungositäten vorhanden sind, sonst den Caldwell-Luc.

Sitzung vom 4. März 1907.

Goyanes: Ein Fall von Nasenpolypen. Operation nach Partsch.

Grosse Schleimpolypen der linken Nasenhöhle, die das Septum nach rechts gedrängt hatten und in den Nasenrachen herabreichten. Ausserdem bestand eine Perforation in der lateralen Nasenwand, in der auch Polypen zum Vorschein kamen. Es war bereits per vias naturales operirt worden, jedoch waren Recidive eingetreten. Operation nach Partsch; man fand Polypen an der mittleren Muschel und dem Septum. Sinus intact. Heilung.

Tapia: Der Fall eignet sich zur Behandlung per vias naturales.

Rozo macht die Operation in Rose'scher Lage und unter völliger Anästhesie.

Sitzung vom 20. April 1907.

Cisneros: Zwei Fälle von Totalexstirpaton des Larynx.

C. stellt zwei kürzlich nach Le Bec operirte Fälle vor. Die Vortheile der zweizeitigen Operation bestehen darin, dass man die Schluckpneumanie vermeiden kann. In diesen Fällen besteht deutliche Pharynxstenose.

Sitzung vom 8. Juni 1907.

Compaired: Polysinusitiden.

I. 4jähriges Kind. Empyem beider Stirnhöhlen traumatischen Ursprungs; Fistelgang nach aussen. Trepanation, Extraction eines beweglichen Sequesters, Curettage. Verticalincision in der Regio nasalis; Exstirpation der vorderen Siebbeinzellen mit der Curette. Heilung.

II. 18jährige Kranke. Stirnempyem rechts. Trepanation; Curettage. Weiterbestehen des Schmerzes und Eiter links; Trepanation auf dieser Seite. Heilung.

III. 59jähriger Kranker. Oberkiefer-, Siebbein-, Keilbeinempyem. Caldwell-Luc'sche Operation; Abtragung der mittleren Muschel und der Siebbeinzellen. Curettage der Keilbeinhöhlen. Heilung.

Tapia.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Dr. de Roaldès (New Orleans) ist zum Comthur des päpstlichen St. Gregorius-Ordens ernannt worden.

Dr. Keimer (Düsseldorf) hat den Professortitel erhalten und ist zum Leiter der laryngo-otologischen Abtheilung bei der Academie für practische Medicin ernannt worden.

Dr. Lannois (Lyon) ist gleichzeitig zum Professor an der Universität Lyon und zum Ritter der Ehrenlegion ernannt worden.

Prof. Spiess (Frankfurt a. M.) hat die Leitung der neu errichteten laryngologischen Abtheilung am Frankfurter städtischen Krankenhause übernommen.



I. Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress.

Türck-Czermak-Gedenkfeier.

Laryngo-rhinologische Ausstellung.

Unter dem Protectorate Sr. kaiserl. u. königl. Hoheit des durchlauchtigsten Herrn Erzherzog Franz Ferdinand.

Wien, 21. bis 25. April 1908.

Nach dem bisher festgestellten Programm wird am 20. April um 8 Uhr Abends eine gesellige Zusammenkunft an einem später zu bestimmenden Orte, am 21. April die feierliche Eröffnung des Congresses stattfinden. Am 22. werden die Referate erstattet, am 23. beginnen die Vorträge.

Die weiteren Einzelheiten des Programms werden seinerzeit verlautbart werden. Für Damen werden Theilhaberkarten gegen Erlegung von 15 Kr. ausgegeben.

I. Referate.

1. Sir Felix Semon (London), Referent:
   Die Allgemeinbehandlung localer Leiden der oberen Luftwege.
2. B. Fränkel (Berlin), Referent. — Lermoyez (Paris), Correferent:
   Die Laryngologie und Rhinologie vom allgemein-medicinischen Standpunkt. — Unterricht und Prüfung in diesen Fächern in den verschiedenen Staaten.
3. Gleitsmann (New-York), Referent. — Heryng (Warschau), Correferent:
   Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege.
4. Burger (Amsterdam), Referent. — Gradenigo (Turin), Correferent:
   Die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Röntgenstrahlen und des Radiums in der Laryngologie und Rhinologie.
5. Onodi (Budapest), Referent. — Kuhnt (Königsberg), Correferent:
   Zusammenhang zwischen Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraums mit denen des Auges.
6. Jurasz (Heidelberg), Referent:
   Internationale Laryngo-Rhinologen-Congresse.

II. Vorträge.

1. Gluck (Berlin): Die Chirurgie im Dienst der Laryngologie (mit Demonstration von Patienten).
2. Heymann (Berlin): Das Liston-Garcia'sche Princip.
3. Heryng (Warschau): Ueber Inhalationstherapie.
4. Flatau (Berlin): Neuere Erfahrungen über die Phonasthenie.
5. Grossmann (Wien): Ueber die intrabulbären Verbindungen des Trigeminus zum Vagus.
6. Baumgarten (Budapest): Kehlkopf- und Oesophagusstenose und ihr Einfluss auf die Geschlechtsorgane.
7. Imhofer (Prag): Die Kenntniss der Kehlkopftuberkulose im griechischen und römischen Alterthum.
8. Massei (Neapel): Riesengeschwülste im Larynx.
9. Denker (Erlangen): Die operative Behandlung der malignen Tumoren der Nase.
10. J. Oller Rabasa (Barcelona): Thema vorbehalten.
11. Killian (Freiburg i. Br.): Die Röntgenphotographie im Dienste der Rhinologie (und eine Demonstration).
12. v. Eicken (Freiburg i. Br.): Unsere Erfahrungen mit der Killian'schen Stirnhöhlenoperation (und eine Demonstration).
13. Brünings (Freiburg i. Br.): Ueber technische und klinische Fortschritte auf dem Gebiete der Bronchoskopie (und eine Demonstration).
14. Nägeli-Aekerblom (Genf): Therapie bei Rachen- und Halskrankheiten in Genf um 1700.

15. Emil Glas (Wien): Zur Kritik der Massei'schen Gesetze.
16. Emil Glas und Emil Kraus (Wien): Kehlkopftuberculose und Gravidität.
17. Ullmann (Wien): Beiträge zum Verhältniss zwischen Exanthemen und Enanthemen bei typischen Dermatosen.
18. Katzenstein (Berlin): Ueber Versuche am Gyrus praecrucialis Owen.
19. Sendziak (Warschau): Die Frage der Radicalbehandlung des Kehlkopfkrebses in den letzten 50 Jahren (1858—1908).
20. Alb. Blau (Görlitz): Ueber Sensibilität und Reflexbahnen des Larynx.
22. Réthi (Wien): 1. Indicationen der Operationen an der Nasenscheidewand. 2. Einiges über die Pendelzuckung.
23. Onodi (Budapest): Ueber den diagnostischen Werth der Stirnhöhlendurchleuchtung.
24. Marquis (Chicago): (Demonstration) Enucleatio tonsillae.
25. Brieger (Breslau): Ueber die Bedeutung der Befunde von Rachenmandeltuberculose.
26. Jörgen Möller (Kopenhagen): Beiträge zur Kenntniss des Mechanismus der Brust- und Falsettstimme.
27. Struycken (Breda): Die optische Beobachtung von Luftschwingungen (Vocalklänge, Galtontöne etc.) und deren photographische Aufnahme (mit Demonstration).
28. Otto Mayer (Graz): Demonstration mikroskopischer Präparape.
29. Hajek (Wien): Meine Erfahrungen über meine endonasale Radicaloperation der Keilbeinhöhle.
30. Kanasugi (Tokyo): Ueber die Kehlkopfstörungen bei Beri-Beri.
31. Vohsen (Frankfurt a. M.): 1. Neue Behandlungsmethode des Nasenrachenkatarrhs und der Rhinitis vasomotorica.
32. Vohsen (Frankfurt a. M.): 2. Operation der bösartigen Mandelgeschwülste.
33. Vohsen (Frankfurt a. M.): 3. Methodik der Stirnhöhlen- und Kieferhöhlendurchleuchtung (mit Demonstration eines neuen Instruments).
34. Moure (Bordeaux): Considération sur la Trachéotomie-Thyrotomie.
35. Fein (Wien): Zur Fensterresection der Nasenscheidewand.
36. Hugo Stern (Wien).
37. Koschier (Wien): Die operative Behandlung des Larynxcarcinoms.
38. Schiffers (Siège): Trophödeme des Larynx.
39. Hennig (Königsberg): Der Einfluss der deutschen Meere (Nord- und Ostsee) auf die Tuberculose der oberen Luftwege.
*40. Mahu (Paris): Emploi de la baisse-langue autostatique en Rhino-Laryngologie.
*41. Tapia (Madrid): 1. Observations personnelles de corps étrangers des premiers voies respiratoires et digestives, enlevés au moyen de l'esophagoscopie et de la trachéo-bronchoscopie directes.
*42. Tapia (Madrid): 2. Collection des moulages en cire représentant des diverses lésions ésophagiques observées dans ma clinique.
*43. Vedova (Mailand): Su di alcuni punti relativi allo sviluppo della crista nasale nell'uomo.
*44. Vedova und Clerc (Mailand): Considerazioni cliniche e ricerche istopatologiche nelle riniti ipertrofiche.
*45. Weil (Wien): Ueber die conservative Behandlung der Nebenhöhleneiterungen.
*46. Harmer (Wien): Ueber Lähmungen der Stimmlippen nach Strumaoperationen.
*47. Cauzard (Paris); 1. De l'esthétique dans le traitement chirurgical des sinusites frontales.
*48. Cauzard (Paris): 2. Ostéo-fibrôme du maxillaire supérieur ayant comblé la cavité du sinus.
*49. Cauzard (Paris): Extraction de deux arètes et d'une vertèbre de poisson munie de 2 arètes, de la trachée et du larynx d'un enfant de 18 mois par la méthode de Killian.
*50. Kahler (Wien): Ueber die Erfolge der radicalen Behandlung der Nebenhöhleneiterungen.

*[illegible] Nasenhöhlen vom Munde aus.
*[illegible] Hypophysis.
*[illegible] neoplasie della laringe.
*[illegible] tumori nasali e del [illegible]

* [illegible] Vorträge.

[illegible] Vorträge ist nur ein Vorschlag [illegible] Referenten das unbedingte [illegible] von Referaten und Vorträgen [illegible] festzustellen.

Prof. Dr. O. Chiari,
Präsident des Executiv-Comités.

[illegible] Mitglieder.

1. Oesterreich-Ungarn.

Wien mit Ausnahme der Mitglieder der Wiener Laryngologischen Gesellschaft.

1. Onodi, Budapest.
2. v. Navratil, Budapest.
3. Irsai, Budapest.
4. Zwillinger, Budapest.
5. Polyák, Budapest.
6. Lautin, Baden.
7. Eberstaller, Linz.
8. Pollak, Graz.
9. Erben, Graz.
10. Schoengut, Krakau.
11. Veth, Lussinpiccolo.
12. Laker, Graz.
13. Stern, Wien.
14. Catti, Fiume.
15. Kraus, Wien.
16. Frankenberger, Prag.
17. Mayer, Graz.
18. Pieniazek, Krakau.
19. Habermann, Graz.
20. Ullmann, Wien.
21. Panzer, Wien.
22. v. Grósz, Budapest.
23. v. Gámán, Kolozsvár.
24. Imhofer, Prag.
25. Baumgarten, Budapest.

2. Deutschland.

26. B. Fränkel, Berlin.
27. Heymann, „
28. Nast, „
29. Herzfeld, „
30. Hartmann, „
31. Pielke, „
32. Wehmer, „
33. [illegible], Berlin.
34. [illegible] „
35. [illegible] „
36. [illegible] „
37. [illegible] „
38. [illegible] „
39. [illegible], Hamm i. W.
40. [illegible], Bremen.
41. [illegible], Bremen.
42. Katsch, Liegnitz.
43. Fackeldey, Cleve.
44. [illegible], Dresden.
45. Hopf, Dresden.
46. Mann, Dresden.
47. Müller, Alwin, Leipzig.
48. Hansberg, Dortmund.
49. Haug, München.
50. Grünwald, München.
51. Thost, Hamburg.
52. Schmidt, Reichenhall.
53. Bresgen, Wiesbaden.
54. Schmidt, Würzburg.
55. Seifert, Würzburg.
56. Spiess, Frankfurt a. M.
57. Vohsen, Frankfurt a. M.
58. Avellis, Frankfurt a. M.
59. Fabian, Mülheim a. R.
60. Gerber, Königsberg.
61. Killian, Freiburg i. Br.
62. Strübing, Greifswald.
63. Jurasz, Heidelberg.
64. Brieger, Breslau.
65. Keimer, Düsseldorf.
66. Joël, Gerbersdorf.
67. Lieven, Aachen.
68. Tornwaldt, Danzig.
69. Blumenfeld, Wiesbaden.
70. Noltenius, Bremen.
71. Siegel, Berlin.
72. Denker, Erlangen.
73. Alexander, Reichenhall.
74. Rosenberg, Berlin.
75. Bock, München.
76. Cohnstädt, Erfurt.
77. Cordes, Berlin.
78. Mader, München.
79. Kuttner, Berlin.
80. Barth, Leipzig.
81. Neumayer, München.
82. Kuhnt, Königsberg.
83. Mayr, Würzburg.
84. Kuhn, Kassel.
85. Bernatzky, Neisse.
86. v. Eicken, Freiburg i. Br.
87. Brünings, Freiburg i. Br.
88. Gluck, Berlin.
89. Hirsch, Göttingen.
90. Ostmann, Marburg.
91. Flatau, Berlin.
92. Blau, Görlitz.
93. Lichtheim, Königsberg
94. Schmidt, Halle a. S.
95. Leutert, Giessen.
96. Hennig, Königsberg.

3. Ausland.

97. Mackenzie Broth., Aberdeen.
98. Botella, Madrid.
99. Urunuela, Madrid.
100. Jacques, Nancy.
101. Vedova, Mailand.
102. Lake, London.
103. Semon, London.
104. Pritchard, U. London.
105. Bayer, Gand.
106. Eemann, Gand.
107. Heyninx, Brüssel.

108. Capart père, Brüssel.
109. Capart fils, Brüssel.
110. Wadon, Brüssel.
111. Delstanche, Brüssel.
112. Schiffers, Liège.
113. Baber, Brighton.
114. Mermod, Lausanne.
115. Schmiegelow, Kopenhagen.
116. Maljutin, Moskau.
117. Posthumus Meyjes, Amsterdam.
118. Pel, Amsterdam.
119. Slotemaker, Zwolle.
120. Loopuijt, Dordrecht.
121. Struycken, Breda.
122. Furet, Paris.
123. Lermoyez, Paris.
124. Bronner, Bradford.
125. Moure, Bordeaux.
126. Moritz, Manchester.
127. Coggeshall, New-York.
128. Felix, Bukarest.
129. Dimitriadis, Athen.
130. Nager (ev. Sohn) Luzern.
131. Wagner, Montreux.
132. Pooly, New-York.
133. Cisneros, Madrid.
134. Mayer, New-York.
135. Stangenberg, Stockholm.
136. Luc, Paris.
137. Sokolowski, Warschau.
138. Miller, New-York.
139. Melzi, Mailand.
140. Middlemas Hunt, Liverpool.
141. Heryng, Warschau.
142. Gleason, Detroit.
143. Solis-Cohen, Philadelphia.
144. Baradet, Cannes.
145. Lefferts, New-York.
146. Brown Kelly, Glasgow.
147. Bichaton, Reims.
148. Thomson, London.
149. Baudhuin, Namur.
150. Mignon, Nizza.
151. Braden Kyle. Philadelphia.
152. Mann, St. Paul.
153. Loeb, St. Louis.
154. Forus, Madrid.
155. Zaalberg, Amsterdam.
156. Moll, Arnheim.
157. Davis, London.
158. Dean, Jowa City.
159. Labus, Mailand.
160. Waggett, London.
161. Woods, Dublin.
162. Scanes Spicer, London,
163. Taptas, Konstantinopel.
164. Chichele Nourse, London.
165. Milligan, Manchester.
166. Newcomb, New-York.
167. Magd. Collier, London.
168. Frederick Spicer, London.
169. Ferreri, Rom.
170. Faraci, Palermo.
171. Tapia, Madrid.
172. Cartaz, Paris.
173. Jobson Horne, London.
174. Westmacott, Manchester.
175. Jakins, London.
176. Chauveau, Paris.
177. Trivas, Nevers.
178. Koenig, Paris.
179. Grossard, Paris.
180. Pugnat, Genf.
181. Sargnon, Lyon.
182. Oller Rabasa, Barcelona.
183. Compaired, Madrid.
184. Gill Wishard, Toronto (Kanada).
185. Lagerlöf, Stockholm.
186. Birkett, Montreal (Kanada).
187. Barajas, Madrid.
188. Berini, Barcelona.
189. Hare, Fresno (Kalifornien).
190. Nägeli Aekerblom, Genf.
191. Jose de Slobet, Gerona (Spanien).
192. Elias, Bukarest.
193. Sedziak, Warschau.
194. Invelyan, Leeds.
195. Möller, Kopenhagen.
196. Burger, Amsterdam,
197, Flaivre, Poitiers.
198. Gaudier, Lille.
199 Paterson, Cardiff.
200. Kon, Leiden.
201. Oloriz, Granada.
202. Massei, Neapel.
203. Marquis, Chicago.
204. Kanasugi, Tokyo.
205. Collet, Lyon.
206, Stucky, New-York.
207. Grazzi, Florenz.
208. Gleitsmann, New-York.
209. Siegrist, Bern.
210. Mouret, Montpellier.
211. Logan Turner, Edinburgh.
212. van Anrooy, Rotterdam.
213. Mackenzie, Baltimore.
214. Margaret Butler, Philadelphia.
215. Garel, Lyon.
216. Cauzard, Paris.
217. Clarc, Mailand.
218. Pardi, Mailand.

Wien, im Januar 1908.

Der Secretär:
Prof. Dr. M. Grossmann m. p.
IX. Garnisongasse 10, Wien.

Der Kassirer:
Dr. G. Scheff m. p.
I. Hoher Markt 4, Wien.

Der Präsident:
Hofrath Prof. Dr. O. Chiari m. p.
I. Bellariastrasse 12, Wien.

Berichtigung.

In dem Nachruf an Moritz Schmidt war auf Grund einer in der Frankfurter Zeitung gemachten und dort nicht widerrufenen Angabe die Mittheilung gemacht worden, dass der Verstorbene angeordnet habe, dass nach seinem Tode seine Lungen secirt werden sollten, um eventuell Anhaltspunkte darüber zu gewinnen, ob der stete Verkehr mit Lungen- und Halskranken auf den Organismus des behandelnden Arztes von Einfluss sei, „und dass bei der Section die Lungen sich vollkommen gesund und intact gezeigt hätten". — Wie mir Herr College Avellis (Frankfurt a. M.) mittheilt, ist diese Angabe nicht richtig. Es fand sich in einem Unterlappen ein ausgeheilter Herd von Tuberculose, der seiner Lage nach wohl einer Aspiration verdankt sein konnte. — Da es sich in diesem Falle um eine wissenschaftliche Wahrheit handelt, deren Constatierung dem Verstorbenen offenbar sehr am Herzen gelegen hat, so halte ich es für meine Pflicht, die ursprünglich im besten Glauben gemachte, aber irrthümliche Angabe zu berichtigen.

Felix Semon.

Neues Specialjournal.

Im April 1908 wird die erste Nummer der „Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete" unter Redaction von Dr. Felix Blumenfeld (Wiesbaden) und im Verlag von A. Stuber (Würzburg) erscheinen. Die neue Zeitschrift will „unter Betonung practischer Gesichtspunkte eine Stätte für Publicationen aus dem Gesammtgebiete der Laryngologie und Rhinologie sein", und soll nach dem Glauben des Herausgebers und Verlegers eine „Lücke in der Literatur des Specialfaches ausfüllen". „Das Literaturverzeichniss soll ein lückenloser Nachweis der Autoren und Titel sämmtlicher Arbeiten aus folgenden Gebieten sein. Laryngo-Pharyngo-Rhinologie, Tracheo-Broncho-Oesophagoskopie, Krankheiten der Mundhöhle, des Ohres, der Schädelhöhle, der Orbita, der Lunge, der Haut etc., als Grenzgebiete, d. h. insofern als die betreffende Materie in engem Zusammenhang mit dem Hauptgebiet (Laryngo-Rhinologie) steht."

Druckfehlerberichtigung.

In der Novembernummer 1907 des Centralblatts sind in einem Referat von Albanus (Zarniko) über eine Arbeit von Dr. Heryng (Warschau) zwei sinnlose Druckfehler stehen geblieben, die hiermit berichtigt werden:
Auf Seite 399, Zeile 12 von oben muss es heissen statt „Sprayform" „Lyraform".
Auf Seite 399, Zeile 17 von oben muss es heissen statt „Sprayrohr" „Lyrarohr":

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, März. 1908. No. 3.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Instrumente.

1) **G. Cohn** (Königsberg). **Klinische Beobachtungen im Jahre 1904.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 64.*

Verf. bespricht die wesentlichen Vorkommnisse aus dem Material der Gerber'schen Poliklinik und zwar: 1. Paresen der Stimmlippen (58 Fälle). 2. Noduli chordarum vocalium. 3. Neubildungen des Naseninneren. 4. Adenoide Vegetationen. 5. Nebenhöhlenempyeme.

F. KLEMPERER.

2) **Heermann** (Kiel). **Aseptik in der Ohren- und Nasenchirurgie.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 82. 1907.*

In der vorliegenden Arbeit schildert H. die von ihm geübte Aseptik, die sich in der Hauptsache auf die Ohrenchirurgie bezieht.

SEIFERT.

3) **Gluck** (Berlin). **Demonstration von Erfolgen der Halschirurgie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 13. Vereinsbeilage. 1906.*

Vorführung von Patienten, bei denen trotz vorgenommener ausgedehnter Radikaloperation des Kehlkopfes und des Pharynx die Schluckpneumonie vermieden wurde, indem „die Trachea unterhalb des Krankheitherdes quer durchschnitten, ein queres Hautknopfloch im Jugulum angelegt und durch dieses Hautknopfloch der resecirte Trachealstumpf hindurchgezogen und daselbst circulär vernäht wurde.“

Bei halbseitigen Kehlkopfoperationen bildet der Autor durch Implantation eines rechteckigen Hautlappens in den Defect eine Laryngoplastik, die durch Fixiren durch Nähte einen guten Abschluss gegen Mund- und Wundsecret gewährt.

In 21 Fällen von halbseitiger und Total-Exstirpation der Zunge führte Verf. nie die temporäre Kieferresection aus, sondern nahm nach tiefer Tracheotomie und nach einem bogenförmigen Hautschnitt von einem zum anderen Warzenfortsatz Unterbindung der Arteriae linguales, Eröffnung des Pharynx in der Regio subhyoidea vor. Danach feste Vernähung des Larynxeinganges. Dann Durchleitung der Zunge vom Mundboden aus in die Halswunde und Exstirpation. Ver-

nähung des Mundbodens unter reichlicher Anwendung von Tampons zur Wundsecretaufsaugung.

Bei Totalexstirpation des Larynx und Pharynx wird Kehlkopf und Schlundrohr vor der Wirbelsäule ganz freigelegt. Dann bei hängendem Kopf Eröffnung des Pharynx in der Regio subthyreoid., quere Durchtrennung und Vernähung des Pharynxstumpfes. Durchschneidung der Trachea. Der Trachealstumpf wird, wie bei der Kehlkopfexstirpation, in das Jugulum eingenäht. „Der Oesophagusstumpf wird mit Péans gefasst, es kommt ein Schlauch in die Speiseröhre, und daselbst wird der Schlauch durch Nähte fixirt.“ Tamponade des intermediären Wundraums, darüber Vernähung der Haut. Nach 3—4 Wochen kann schon die besonders construirte Prothese für Pharynx und Oesophagus vom Munde aus eingeführt werden, bei der sich ein Trichter an den Zungengrund anlegt. Der Patient kann damit gut essen und trinken.

Demonstration sehr guter Erfolge bei sonst prognostisch ungünstigen Fällen bei gleichzeitigem Carcinom des Pharynx, Larynx und Oesophagus, bei Zungencarcinomen, ausgedehnter Tuberculose des Pharynx, der Tonsillen, des Zungengrundes und des Larynx.

In der Discussion erörtert Gutzmann (Berlin) die Möglichkeiten, wie beim Zungendefect die einzelnen Sprachlaute gebildet werden können. Ewald (Berlin) bemerkt, dass vor allem durch die Rachenmusculatur der Schluckact zu Stande komme, wie sich an den operirten Fällen zeigt, die gut schlucken können, obwohl ein Theil des Oesophagus fehlt.

ALBANUS (ZARNIKO).

4) **L. Polyak** (Budapest). **Ueber die Anwendung der Hyperämie als Heilmittel nach Bier bei Erkrankungen der oberen Luftwege.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 313.*

Verf. berichtet sehr eingehend über die Methodik und die Resultate seiner Behandlungsversuche an 56 Fällen verschiedenartiger Erkrankung der oberen Luftwege. Seine mit aller Reserve ausgesprochene vorläufige Ansicht geht dahin, dass acut katarrhalische, eitrige und auch phlegmonöse Entzündungen des Nasenrachens, Rachens und der Tonsillen sich zur Behandlung eignen, aber auch chronische Eiterungen der Bursa, mit oder ohne Krustenbildung, einer combinirten Saug- und Stauungsbehandlung unterworfen werden sollten. Bei acuten katarrhalischen Erkrankungen des Kehlkopfes, ebenso bei chronischen mit zähem oder trockenem Secret, ferner bei Tuberculose will Verf. die Versuche noch fortsetzen; die bisherigen haben zu einem sicheren Urtheil nicht geführt.

F. KLEMPERER.

5) **L. Mader** (München). **Ueber Röntgentherapie in den oberen Luftwegen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 1.*

Verf. bespricht sein Instrumentarium, insbesondere die Rachenkehlkopfröhre, durch welche alle Regionen der oberen Luftwege der therapeutischen Wirkung der Röntgenstrahlen zugänglich gemacht sind, und seine Technik. Seine bisherigen Erfahrungen mit der Röntgentherapie der oberen Luftwege fasst er in folgenden Sätzen zusammen: 1. Die Schleimhaut der oberen Luftwege ist gegen Röntgenstrahlen nicht besonders empfindlich; noch weniger ist es die Zunge, wie Muskeln

überhaupt. 2. Das adenoide Gewebe besitzt eine gewisse Empfindlichkeit für X-Strahlen. 3. Die Röntgenstrahlen scheinen auf die nervösen Symptome entzündlicher Halsaffectionen eine beruhigende Wirkung zu haben. 4. Eine unschädliche, aber heilsame Röntgenreaction im Halse und auf der Zunge kann sich in dieser Weise abspielen, dass nur subjective Erscheinungen (ziehendes, brennendes, juckendes, reissendes Schmerzgefühl) auftreten; wenigstens können dabei objective Symptome makroskopisch nicht sicher erkannt werden. 5. Die Röntgenstrahlen sind im Stande, bei Carcinomen der Mund- und Halsorgane eine günstige Beeinflussung auszuüben, einmal indem sie schmerzstillend wirken, sodann indem sie Carcinomgewebe und -geschwüre zum Verschwinden zu bringen und in Narbengewebe umzuwandeln vermögen. 6. Schädliche Nebenwirkungen sind bisher nicht vorgekommen.

F. KLEMPERER.

6) **Frederick Menge. Klinische Notizen über die Wirkung eines neuen Jodpräparates in Anwendung auf Nase und Hals. (Clinical notes on the action of a new Iodine preparation in nose and throat work.)** *The Laryngoscope. Juni 1907.*

Bericht über eine Jod-Methylenverbindung (Formidin), die in Glycerinemulsion bei grossen Abscessen benutzt wird. Das Mittel riecht nicht, färbt die Gewebe nicht und verursacht keinerlei Reizung.

EMIL MAYER.

7) **J. Broeckaert. Histologische Studie über den Einschluss von Vaselin und Paraffin in die Gewebe. (Étude histologique de l'inclusion de la vaseline et de la paraffine dans les tissus.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 12. 1906.*

Unter Beibringung mikrophotographischer Reproductionen gelangt Verf. zu dem Ergebniss, dass das Bindegewebe das solide Paraffin nicht vollständig resorbirt, wie Kirchner behauptet: er beweist auf diese Weise die Superiorität des soliden Paraffins über die weichen Paraffine.

Diese histologischen Untersuchungen bekräftigen ausserdem die zahlreichen Erfolge der Methode.

PARMENTIER.

8) **S. H. Large. Die sicherste Methode der subcutanen Paraffinanwendung. (The safest method of using paraffine subcutaneously.)** *The Laryngoscope. April 1907.*

Paraffin soll nicht zu heiss angewandt, nach der letzten Methode Gersuny's injicirt werden und zwar nicht zu viel in einer Sitzung. Instrumente, Paraffin und Operationsfeld müssen absolut aseptisch sein; es muss genug lockeres Gewebe vorhanden sein, um die Bildung des künstlichen Tumors zu gestatten: in Fällen von atrophischer Rhinitis darf die Krankheit nicht zu weit vorgeschritten sein, es soll kein Paraffin von zu hohem Schmelzpunkt gebraucht werden.

EMIL MAYER.

9) **Eckstein. Injectionen und Implantationen von hartem Paraffin. (Injections et implantations de paraffine dure.)** *XX. Congres f. Chirurgie. Paris. 7. bis 12. October 1907.*

E.'s Erfahrungen basiren auf fast 1000 Injectionen, die er bei 400 Kranken

gemacht hat. Er hat niemals einen Unglücksfall gehabt und die Erfolge sind constant gewesen. Er bedient sich der Broeckaert'schen Spritze und verwendet hartes Paraffin. Er empfiehlt auch die Implantation von Platten und Blöcken sehr harten Paraffins, die vorher entsprechend der beabsichtigten Correction zurechtgeschnitten sind.

Broeckaert (Gent) hat mehr als 270 Nasenprothesen gemacht. Die von andern Seiten berichteten Unglücksfälle sind auf Fehler der Technik zurückzuführen. B. macht gleichfalls die Implantation. Er hat sogar die totale Resection der Nase mittels der Decortication ausgeführt, und dann auf die blutige Fläche einen vorher zurechtgeschnittenen Block von Paraffin von 80° Schmelzpunkt applicirt.

GONTIER de la ROCHE.

10) **A. Onodi** (Budapest). **Eine neue Spritze zum Gebrauch für starres Paraffin.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 195.*

Abbildung der Spritze, die bei Pfau (Berlin, Dorotheenstrasse 67) zu beziehen ist.

F. KLEMPERER.

11) **Kausch** (Berlin). **Fremdkörper der Speiseröhre und Luftröhre.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 51. Vereinsbeilage. 1906.*

Kurze Mittheilung über 10 Fälle, 6 die Luftröhre, 4 die Speiseröhre betreffend. Ein Fall verlief letal.

ALBANUS (ZARNIKO).

12) **Maurycy Hertz** (Warschau). **Sechs Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 5. 1907.*

Fall 1. Einjähriges Kind, Fremdkörper (dreieckiges Glasstück mit dicken, glatten Rändern) unterhalb der Epiglottis eingekeilt. Intralaryngeale Entfernung gelingt nicht. Mittels Sonde wird durch die Tracheotomiewunde der Fremdkörper von unten nach oben geschoben und durch die gleichzeitg in den Mund bis zur Epiglottis eingeführten Finger der linken Hand aufgenommen. Glatte Heilung.

Fall 2 u. 3. Knabe von 3, Mädchen von 6 Jahren: Die in den tieferen Luftwege sitzenden Fremdkörper (Bohne und Kürbiskern) wurden nach einigen Tagen wieder ausgehustet.

Fall 4. 6jähriges Mädchen; 7 Tage nach der Tracheotomie wurde der Fremdkörper (Sonnenblumenkern) ausgehustet.

Fall 5. 8jähriger Knabe: Ganz junge, ovale Kastanie in stacheliger Hülle von der Grösse einer Bohne zwischen den Stimmlippen eingekeilt. Intralaryngeale Entfernung ohne Anästhesie.

Fall 6. 45jährige Patientin: Stecknadel im Larynx, parallel den Stimmlippen. Intralaryngeale Entfernung unter Cocainanästhesie mit spät eintretenden und langandauernden Cocain-Intoxicationserscheinungen.

Anschliessend Erörterungen über Pathologie und Therapie der Fremdkörper in den Luftwegen, die nichts Neues enthalten. Die Killian'sche Tracheo- und Bronchoskopie erwähnt der Autor nicht.

HECHT.

13) J. Fein (Wien). **Zur Nothwendigkeit der laryngoskopischen Untersuchung bei Fällen von aspirirten Fremdkörpern.** *Wiener med. Wochenschr. No. 25. 1907.*

Ein Reissnagel stak mit dem nach vorne gerichteten Stifte in der laryngealen Fläche der Epiglottis derart fest, dass von dem Stifte nichts zu sehen war. Die Platte selbst stand fast horizontal. Weder Heiserkeit noch Schluckschmerz, noch Athembehinderung. Entfernung mit der Drahtschlinge. CHIARI-HANSZEL.

14) Brindel. **Fremdkörper der Luftwege; Tracheotomie; spontane Expulsion durch die Trachealwunde. (Corps étranger des voies aériennes; trachéotomie; expulsion spontanée par la plaie trachéale.)** *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux. 11. August 1907.*

Das Kind zeigte ein enormes Emphysem, das den ganzen Thorax und das Gesicht einnahm, und war asphyctisch. Der Fremdkörper — eine Bohne — wurde wenige Minuten nach der Tracheotomie durch die Trachealwunde ausgehustet. Wegen des Emphysems wurde vorsichtshalber eine Canüle liegen gelassen. Das Emphysem war sicher infolge vorhergehender Extractionsversuche mit der Pincette zu Stande gekommen. Heilung. CARTAZ.

15) Guisez. **Extraction von Fremdkörpern mittels Broncho-Oesophagoskopie. (Extraction de corps étrangers par la broncho-oesophagoscopie.)** *Société de Pédiatrie. 17. December 1907.*

Demonstration von 3 Fremdkörpern, eines Pflaumenkerns, einer Schote und eines Kürbiskerns. GONTIER de la ROCHE.

16) Kessner (Potsdam). **Stirnbinde zur Befestigung von Beleuchtungsspiegeln und elektrischen Lampen. Aenderung an Kirstein'scher Lampe.** *Mit 4 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 10. 1907.*

Der Titel giebt den Inhalt der Publication wieder. Die Abbildungen geben ein klares Bild von den von K. getroffenen Abänderungen. HECHT.

17) A. Schoemann (Bern). **Sauerstoff-Gasglühlicht.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 192.*

Sch. führt den Sauerstoff aus dem Stahlcylinder mittelst Gummischlauches unter schwachem Druck von höchstens $^1/_2$ Atmosphäre von unten her dem glühenden Auerstrumpf zu. Die Lichtintensität ist die einer kleineren, elektrischen Bogenlampe, der O-Verbrauch ungefähr 12 Liter pro Minute. F. KLEMPERER.

18) Delpech. **Acetylen-Stirnspiegel. (Miroir frontal à acétyleine.)** *Société de Chirurgie. 10. December 1907.*

Mittels einer ingeniösen Anordnung macht Verf. die einfache Radfahrer-Acetylenlampe zur Stirnlampe und empfiehlt dies als Nothbehelf für gewisse dringliche Eingriffe. GONTIER de la ROCHE.

19) Sprenger (Stettin). **Ein Taschenbesteck für Hals-, Nasen- und Ohrenärzte.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie Bd. 18. S. 392.*

Abbildung und Beschreibung des Bestecks, das bei Walb (Heidelberg) und Pfau (Berlin) zum Preise von 60 M. erhältlich ist. F. KLEMPERER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

20) **Anglade** und **Robert. Ueber einige Details der histologischen Structur des Riechnerven. (Sur quelques détails de la structure histologique du nerf olfactif.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. 9. 1907.*

Verff. haben die Stützsubstanz des Olfactorius ausschliesslich aus Neuroglia gebildet gefunden. Im Centrum ist das Neuroglianetz zarter und zeigt die Stelle eines verschwundenen Hohlraums an.

BRINDEL.

21) **Vimont. Ueber einen Fall von traumatischer Anosmie. (Sur un cas d'anosmie traumatique.)** *Société de méd. légale. 12. Februar 1906.*

Durch einen Sturz wurde ein Arbeiter schwer am Kopf verletzt; es trat bald Heilung ein, jedoch constatirte Patient, nachdem er seine Arbeit wieder aufgenommen hatte, dass er keine Gerüche mehr wahrnahm. Für den Patienten hatte diese Folge des Unfalls insofern grosse Bedeutung, als er Gasarbeiter war und nun nicht mehr im Stande war, das Entweichen von Gas erkennen zu können.

A. CARTAZ.

22) **Siegmund** (Berlin-Wilmersdorf). **Head's Zonen als Mittel zur Erkennung der nasalen Reflexneurosen.** *Med. Klinik. No. 49—51. 1907.*

Die von Head als Maxime bezeichneten empfindlichsten Stellen nennt Siegmund Hauptstellen oder Höfe; in diesen unterscheidet er noch eine besonders empfindliche kleine Stelle, den Kern. Er führt eine Anzahl von Krankengeschichten an, in welchen nasale Stirnbeschwerden von der Nase aus günstig beeinflusst werden konnten.

SEIFERT.

23) **Réthi** (Wien). **Ueber Kopfschmerz nasalen Ursprungs.** *Wien. klin. Wochenschrift. Bd. 62. 1907.*

Durch Affectionen der mittleren Muschel werden häufig Kopfschmerzen ausgelöst, entweder durch Zerrung von sensiblen Nerven in Folge stärkerer Füllung der Bluträume oder durch Druck auf die gegenüberliegende Septumschleimhaut, oder durch Veränderung des Luftdruckes in den Nebenhöhlen in Folge von Verstopfung des Ostiums durch die Schwellung des Muschelrandes.

SEIFERT.

24) **Percy Fridenberg. Psychische Symptome bei Nasenaffectionen. (Mental symptoms in nasal affections.)** *N. Y. Medical Record. 29. Juni 1907.*

Verf. bespricht die Nasenkrankheiten als Ursache und Wirkung von neurasthenischen Erscheinungen, ferner die sexuelle Osphresiologie, dann die reflectorisch von der Nase ausgehenden Kopfschmerzen, ferner den Zusammenhang zwischen den adenoiden Vegetationen und geistiger Minderwerthigkeit der Kinder und schliesslich nimmt er Bezug darauf, dass Stucky über ernste psychische Erkrankungen, wie Melancholie mit Suicidium, bei acuten und chronischen Nebenhöhlenaffectionen berichtet.

LEFFERTS.

25) **C. Ziem. Ueber die Bedeutung von Nasenkrankheiten bei Behandlung sog. skrofulöser Erkrankungen der Augen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 6. 1907.*

Eignet sich nicht zu einem zusammenfassenden Referate.

HECHT.

26) **Pottier. Schilddrüsenextract bei Heufieber. (Thyreoid extract in hay fever.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Juli 1907.*

P. berichtet über drei Fälle, in denen das Heufieber durch Schilddrüsentherapie günstig beeinflusst wurde. LEFFERTS.

27) **Heymann. Schilddrüsenextract bei Heufieber. (Thyreoid extract for hay fever.)** *N. Y. Medical Journal. 10. August 1907 und Arch. intern. de laryng. No. III. Mai-Juni 1907.*

Der Fall von Tobias, bei dem nach einer Thyreodectomie die bis dahin bestandenen Heufiebererscheinungen verschwanden, führte Verf. dazu, klinische Versuche mit Schilddrüsenextract zu machen. Er behandelte im Ganzen 19 Fälle mit Schilddrüsentabletten und erhielt sehr ermuthigende Resultate. Bei drei Patienten wurde die Behandlung lange vor der Zeit der zu erwartenden Anfälle eingeleitet und in allen diesen Fällen blieben diese gänzlich aus. Den Patienten wurde nebenbei untersagt, bei offenem Fenster zu schlafen, im vollen Sonnenschein spazieren zu gehen und auf der Eisenbahn zu fahren. Bei den übrigen 16 Patienten waren die Heufieberanfälle viel milder als in den vorhergehenden Jahren; 12 von ihnen führten dies auf die Behandlung zurück, die anderen vier erklärten die Besserung damit, dass das vorhergehende Jahr ungewöhnlich feucht und kalt gewesen war. Es liess sich beobachten, dass die Besserung der Krankheit im Verhältniss stand zu der Länge der Zeit, während der das Schilddrüsenextract angewandt wurde. Es wurden täglich 1—3 Tabletten gegeben, deren jede 0,3 Thyreoidsubstanz enthielt. In keinem Falle wurden toxische Symptome beobachtet; nur ein Patient musste nach einer Woche wegen Intoleranzerscheinungen seitens des Magens mit der Cur aufhören. LEFFERTS.

28) **J. Pereira. Bemerkungen über Sympteme und Behandlung des Heufiebers. (Notes on the symptoms and treatment of hay-fever.)** *Lancet. 13. Juli 1907.*

In den meisten Fällen sind zuerst die Augen afficirt; alle anderen Symptome sind zum grössten Theil reflectorischer Natur (?). Es sollen Schutzgläser getragen werden, um den Staub etc. abzuhalten. ADOLPH BRONNER.

29) **G. G. Glaser. Difformitäten der Nasenscheidewand.** *Dissert. med. Bern 1906.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

30) **Chevalier Jackson. Septumperforationen; ihr Verschluss durch plastische Operation. (Septal perforations; their closure by plastic operation.)** *N. Y. Medical Record. 12. October 1907.*

In der unteren Muschel wird mittels Kyle's rechtwinkligen Tonsillenmessers oder Ballenger's oder Freer's Septummessers durch zwei parallele Einschnitte ein zungenförmiger Lappen ausgeschnitten; die Schnitte gehen durch die ganze Dicke der Mucosa nebst etwas von der Mucosa. Der Lappen haftet vorne an und ist hinten frei beweglich. Er muss mindestens 6 mm in der verticalen Richtung grösser sein als die Perforation und muss reichlich lang sein, gewöhnlich fast so lang wie die Muschel. Nach Abpräparirung des Lappens werden die

Ränder der Perforation mit einem Kataraktmesser angefrischt, der Lappen auf die Perforation gelegt und mit den Killian'schen oder Yankauer'schen Instrumenten angenäht. Handelt es sich um eine sehr kleine Perforation, so ist es besser, die Operation auch auf der anderen Seite vorzunehmen. Hat sich der Lappen mit dem Septum vereinigt, so resultirt eine Synechie; man schneidet aus dieser ein Stück aus und legt für einige Tage einen Tampon ein. LEFFERTS.

31) **Otto Freer** (Chicago). **Eine der Fensterresection knöcherner Verbiegungen der Nasenscheidewand angepasste, modificirte Grünwald'sche Zange.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 172.*

Beschreibung und Abbildung des Instrumentes, das eine verstärkte Grünwald'sche Zange darstellt und dazu bestimmt ist, die Trephine und den Meissel noch entbehrlicher zu machen, als bisher. F. KLEMPERER.

32) **Otto Freer** (Chicago). **Die submucöse Fensterresection der Nasenscheidewand, nach eigener Methode ausgeführt.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 152.*

Auf 30 Seiten mit 15 Abbildungen giebt Verf. eine eingehende Schilderung seiner Operationstechnik, die er selbst an jetzt 143 Fällen ausgebildet und bewährt gefunden hat. F. KLEMPERER.

33) **Botey** (Barcelona). **Ueber die Botey-Killian'sche Operation der submucösen Septumresection. (Sobre la operation de Botey-Killian hare la resecion submucosa del tabique.)** *Archivos de rinologia. No. 142 u. 143.*

Verf. giebt eine Beschreibung seines Operationsverfahrens, das er auf dem I. Spanischen Congress für Laryngologie im Jahre 1896 angegeben hat. Dieses Verfahren ist nach Botey's Behauptung dasselbe, das heute unter dem Namen der Killian'schen Operation bekannt ist. Die Technik und Instrumente seien den seinigen durchaus ähnlich. TAPIA.

34) **John Macintyre. Operationen wegen Deviationen der Nasenscheidewand, mit besonderer Berücksichtigung der submucösen Resection. (Operations for deviations of the nasal septum with special reference to submucous resection.)** *Glasgow Medical Journal. Januar 1907.*

Eine allgemein gehaltene Abhandlung mit Bemerkungen über die submucöse Resection. A. LOGAN TURNER.

35) **Van den Wildenberg. Neues Speculum für endonasale Resectionen. (Nouveau speculum pour les résections endonasales. Le speculum-rugine.)** *Anvers Médical. No. 3. 1907.*

Das neue van den Wildenberg'sche Speculum ist zweiklappig: eine innere Branche zum Abheben der Schleimhaut; diese ist lang, glatt, sehr dünn, um möglichst wenig Platz einzunehmen, aber breit, um die Schleimhaut gehörig abheben zu können, und endet mit einem Meissel, woher der Name Speculum-„Rugine". Die zweite äussere Branche, „Nasenflügelklappe" „Valve narinaire" benannt, dient zum Abheben des Nasenflügels, wenn nöthig; dieselbe schmiegt sich genau an die untere Klappe an, so dass man auf den ersten Anblick meinen

könnte, es mit einer einzigen Klappe zu thun zu haben. Der Autor räth, sich zwei solcher Ruginen, die eine für links, die andere für rechts, anzuschaffen. Dieselben finden hauptsächlich bei voluminösen Nasenscheidewandvorsprüngen, welche man submucös operiren will, ihre Verwendung und seien dafür geradezu unentbehrlich.

BAYER.

36) **Otto Freer** (Chicago). **Submucöse Resection der Nasenscheidewandverbiegungen. (Résection sous-muqueuse des déviations de la cloison du nez.)** *Procédé de l'auteur. Arch. intern. de laryng. No. 3. Mai-Juni 1907.*

Eine mit Abbildungen versehene Beschreibung des vom Verf. zur Resection der Scheidewand angewandten Verfahrens.

BRINDEL.

37) **J. S. Waser. Bemerkungen über die submucöse Resection der Nasenscheidewand. (Notes on the submucous resection of the nasal septum.)** *Scottish Medical and Surgical Journal. December 1907.*

Verf. giebt eine detaillirte Schilderung der Technik der Operation.

A. LOGAN TURNER.

38) **Ernst Pasch** (Lungenheilstätte Belzig). **Fremdkörper in der Nase als Folge von Trauma.** *Münch. med. Wochenschr. No. 32. 1907.*

Ein 20 g schweres, 38 mm langes und 22 mm breites Glied einer eisernen Kette fand sich im unteren Nasengang des Patienten. Der Fremdkörper war 14 Tage im Cavum nasi, das Trauma hatte keine erheblichen Verletzungen in der Nase hervorgerufen. Die Krankengeschichte ist in extenso beigefügt.

HECHT.

39) **Mühlenkamp** (Gelsenkirchen). **Ueber einen interessanten Fall von einem Fremdkörper in der Nase.** *Münch. med. Wochenschr. No. 49. 1907.*

Autor entfernte eine vor 2 Jahren bei einem Stich auf die Nase abgebrochene Messerklinge von 5 cm Länge und $1^1/_2$ cm Breite per vias naturales aus der linken Nasenhöhle. Der Fremdkörper sass parallel der Nasenscheidewand senkrecht zum Nasenboden und sass hier fest. Die Wunde auf dem Nasenrücken ist s. Z. spontan zugeheilt. Die Messerklinge sass 2 Jahre reactionslos in der Nase, ein „Brennen und Jucken in der Nase" führte Patienten zum Arzte.

HECHT.

40) **Max Thorey. Alter Fremdkörper im Oberkiefer, als Ursache acut einsetzender blenorrhoeähnlicher Bindehauteiterungen.** *Mit 2 Röntgenphotographien. Münch. med. Wochenschr. No. 49. 1907.*

Bei einem 31 jährigen Manne, „bei dem eine abgebrochene Messerklinge seit 4 Jahren in der linken Augen-, Kiefer- und Nasenhöhle und der Nasenscheidewand sass, ohne dass der Kranke davon wusste" — die Hautwunde war s. Zt. vernäht worden und angeblich per primam geheilt —, bestand eine profuse Eiterung aus dem Bindehautsack. Der Fremdkörper konnte intranasal nachgewiesen und durch Röntgenphotographien in seinem Verlaufe festgestellt werden. Da eine intranasale Entfernung nicht gelang, wurde derselbe von aussen freigelegt und leicht extrahirt. Derselbe erwies sich als eine 5,3 cm lange und 1,3 cm breite, abgebrochene Messerklinge. Naht der äusseren Incisionswunde, Heilung per primam

und Sistirung der Eiterung. Anschliessend epikritische Erörterungen und Besprechung der einschlägigen Literatur. HECHT.

41) **Hertz. Beitrag zur Casuistik der Nasenfremdkörper. (Przyczynek do kazuistyki cial obcych nosa.)** *Medycyna. No. 34. 1907.*

Ein 2jähriges Mädchen bekam scharlachähnlichen Ausschlag in Begleitung von Erbrechen und Fieber. Dritten Tages erschien ein eitriger Ohren- und Nasenausfluss. Bei der Untersuchung wurde von Verf. ein Fremdkörper entdeckt, welcher nach Entfernung sich als Pfropfen von Bohnengrösse erkennen liess. Das Fieber und den Ausschlag bringt Verf. mit dem eitrigen Process in Zusammenhang. A. SOKOLOWSKI.

42) **Bichaton. Ein Fall von Rhinolithiasis. (Un cas de rhinolithiase.)** *36. Congres pour l'avancement des sciences. Reims, Juli 1907.*

Der Rhinolith erwies sich zusammengesetzt aus organischer Substanz und phosphorsaurem Kalk. Er hatte seit 3 Jahren andauernden Kopfschmerz und einen unerträglichen Foetor verursacht. GONTIER de la ROCHE.

43) **K. Sokolowski. Ueber Rhinolithen. (Rynolity czyli kamienie nosowe.)** *Medycyna. No. 31, 32. 1907.*

Verf. beschreibt 2 Fälle von Rhinolithen. In einem bei einem 15jährigen Mädchen, das schon seit 7 Jahren an putridem Ausfluss und Verstopfung der rechten Nasenöffnung litt und manchmal auch über Epistaxis klagte, entfernte Verf. aus der rechten Nasenöffnung einen Nasenstein. Da dieser sehr fest in dem Nasengange eingeklemmt war, zerquetschte ihn Verf. und entfernte ihn stückweise. Die chemische Analyse war ganz genau ausgeführt und ergab die gewöhnlichen diese Fremdkörper charakterisirenden Bestandtheile.

Im zweiten Falle klagte das 12jährige Mädchen über Schmerzen im rechten Ohre, Kopfschmerzen allgemeine Schwäche und Fieber. Bei der Untersuchung fand Verf. ausser Ohrenleiden im rechten unteren Nasengange eitrigen Ausfluss und einen Fremdkörper, der nach Entfernung sich als Kürbisschale mit mineralischen Salzen imprägnirt zeigte. A. SOKOLOWSKI.

44) **H. Burger** (Amsterdam). **Die Statistik der adenoiden Vegetationen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 258.*

B. bespricht die in den Niederländischen Elementarschulen auf Veranlassung der Regierung aufgenommene Statistik, welche unter ca. 800 000 Schulkindern ungefähr 6 pCt. Adenoidverdächtige ergab. Er zeigt an einer Zusammenstellung verschiedener Statistiken, dass die Frequenz der Adenoiden bei der Schuljugend abgeschätzt

auf Grundlage von Sprache und Gesichtsausdruck	3,3	pCt.
„ „ sämmtlicher äusserlicher Kennzeichen ca.	6	„
„ „ sämmtlicher äusserlicher Kennzeichen incl. Gehörsabnahme	16	„
„ „ lokaler Untersuchung	29,8	„

betrug. Zur Feststellung einer Adenoidstatistik eignet sich danach nur die directe Untersuchung durch Digitalpalpation, besser noch durch Spiegeluntersuchung.

F. KLEMPERER.

45) **Lindt** (Bern). **Klinisches und Histologisches über die Rachenmandelhypertrophie.** *Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. No. 17 u. 18. 1907.*

Verf. machte, um über die verschiedenen Auffassungen von den Zuständen und der Rolle der Rachenmandel zu eigenen Anschauungen zu kommen, an 50 exstirpirten Rachenmandeln klinische und histologische Untersuchungen. Er unterscheidet bei den Trägern derselben 3 Grade von Constitution: 1. ganz gesunde, 2. zweifelhaft geschwächte und 3. unzweifelhaft geschwächte mit tuberculöser Belastung. Fast alle standen zwischen dem 6. und 15. Lebensjahr. Die Constitution habe keinen Einfluss auf die Durchwanderung der Lymphocyten durch das Epithel, ebensowenig als auf die Metaplasie und die Grösse der Tonsillen. Dagegen fand L. bei Individuen mit geschwächter und tuberculöser Constitution intra- und perivasculäre, intra- und subepitheliale starke Anhäufungen von Leukocyten, welche vorhergegangene acute entzündliche Processe andeuten. Gewisse Merkmale, abgesehen von den nicht häufigen Fällen mit Tuberkelbacillen, sind aus den Bildern scrophulöser adenoider Vegetationen nicht herauszulesen. Die Involution wandelt das adenoide Gewebe in normale Rachenschleimhaut um. Als physiologische Rolle des lymphoiden Schlundringes nimmt L. nur die Abwehr an, welche mittelst reichlicher Durchschwemmung der Tonsillen mit Lymphocyten von Innen nach der Oberfläche zu Stande kommt. Die beigemischten Leukocyten spielen die Rolle von Phagocyten. Der Blutdruck wirkt als vis a tergo. Durch die starke anhaltende Abwehr werden die Tonsillen physiologisch hyperplasirt. Genügt die Abwehr nicht zum Schutz, so sind die Tonsillen nur noch in der bekannten Weise, mechanisch oder infectiös, störend für die Athmung, das Gehör etc. und es tritt die ratio operationis ein. Der Operation muss eine sorgfältige Nachbeobachtung oder Nachbehandlung zurückbleibender Störungen folgen.

Tuberculose fand L. 5 mal, also bei 10 pCt. seiner Fälle, in der Rachentonsille. Die Tuberkel lagen tief unter dem Epithel, aber die Tonsillen konnten im Uebrigen noch normal arbeiten. In einer Zusammenstellung von 900 Untersuchungsergebnissen von Rachentonsillen durch Lewin ergaben sich nur 5 pCt. Der geschwürige Zerfall des Tuberkel enthaltenden lymphatischen Gewebes tritt nur bei ausgeprägter anderweitiger Tuberculose, aber nie primär ein.

Zu ähnlichen Ergebnissen führten zahlreiche Untersuchungen der Rachentonsille, welche Sahli auf der medicinischen Berner Klinik an vom Referenten geliefertem Material 1896 ausführen liess.

JONQUIÈRE.

46) **P. G. Frank** (Strassburg i. E.). **Hypertrophische Rachenmandeln bei Greisen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 285.*

Drei Fälle bei Patienten von 66, 60 und 65 Jahren beobachtet. Die Symptome waren dieselben wie bei jugendlichen Personen: Nasenverstopfung und Schwerhörigkeit. Bei allen drei Patienten besserte sich das Gehör wesentlich nach

der Exstirpation der Adenoiden. Die Gutartigkeit der Geschwulst wurde histologisch erwiesen; bemerkenswerth war in ihrem Bau die geringe Zahl der Follikel, ferner ihre deformirte (ovale, anscheinend durch den Druck des umgebenden Gewebes) etwas comprimirte Gestalt.

F. KLEMPERER.

47) **John L. Mosse. Adenoide in frühem Kindesalter. (Adenoids in infancy.)** *N. Y. Medical Record. 15. Juni 1907.*

Verf. ist der Ansicht, dass auch bei kleinen Kindern sofort operirt werden soll. Bei kleinen Kindern haben die adenoiden Vegetationen mangelhafte Nahrungsaufnahme und Deformationen des Thorax zur Folge; sie sind auch oft die Ursache von einem Reizhusten, für den kein physikalischer Grund auffindbar ist; die Otitis media ist in diesem Alter fast stets auf das Bestehen von adenoiden Vegetationen zurückzuführen.

LEFFERTS.

48) **George L. Richards. Eine Uebersicht über die gebräuchlichen Methoden zur Entfernung von adenoiden Vegetationen nebst einer Beschreibung einer gründlichen, schnellen und sicheren Methode. (A review of the methods in use for the removal of adenoids with the description of a method which is thorough, rapid and safe.)** *The Laryngoscope. September 1907.*

Verf. empfiehlt als das beste Instrument das Adenotom von Schötz resp. eine seiner Modificationen.

EMIL MAYER.

49) **David Bovaird. Beziehung der Adenoiden zu Lungenkrankheiten. (Relation of adenoids to diseases of the lungs.)** *N. Y. Medical Record. 26. October 1907.*

Verf. erörtert den ungünstigen Einfluss, den adenoide Vegetationen in Folge Behinderung der Nasenathmung auf die Lungen ausüben und die Möglichkeit von daraus resultirenden Erkrankungen der Lungen.

LEFFERTS.

50) **L. Larington Hunt. Adenoide bei Epilepsie. (Adenoids in epilepsy.)** *N. Y. Medical Record. 26. October 1907.*

Verf. hat Fälle gesehen, in denen nach Entfernung der Adenoiden eine Verminderung in der Zahl und Intensität der Anfälle zu constatiren war; andrerseits sind ihm Fälle begegnet, bei denen kein Einfluss oder sogar eine Verschlechterung nach der Operation zu constatiren war.

LEFFERTS.

51) **Froidbise. Ueber den „Rhinoadenoiden" vom Standpunkt der allgemeinen Medicin und insbesondere der Militärmedicin aus. (Du rhinoadenoïdien au point de vue de la médecine générale et de la médecine militaire.)** *Archive Méd. Belges. September 1907.*

Der Autor bespricht zuvor die Symptomatologie der adenoiden Wucherungen, ihre Beziehungen zum Ohr, Hals, Nase, Auge und den Zähnen, zum Digestions-, Respirations- und Circulalionsapparat; das Verhältniss des Adenoidismus zur Tuberculose, zum Nervenapparat (Cephalalgie, Migräne, Schlaflosigkeit etc.); zur Aprosexie, Epilepsie und Enuresis; ferner seinen Einfluss auf die Pubertätstransformation; die verschiedenen Infectionen, welche davon herrühren (Cervicaladenitiden, Adenobronchitiden etc., er stellt schliesslich 3 Typen von Adenoiden

auf: 1. den einfachen Adenoiden, 2. den infioirten Adenoiden und 3. den nervösen Adenoiden.

Daran schliesst er noch an den Rhinopharyngealtypus vom militärischen Standpunkte aus. Nach der Statistik kommen auf systematisch darauf untersuchte Soldaten 10 pCt. Adenoide; die Affection, welche dieselben am häufigsten ins Spital bringt, sei die Otitis und diese befalle hauptsächlich die Trompeter, dann kommen die Anginen, wiederholte Bronchitiden und die phlyctänuläre Conjunctivitis, auch Incontinentia urin., namentlich nach strengen Uebungen und Strapazen. Die Degenerirten, welche man häufig in der Armee unter den Undisciplinirten antreffe, seien häufig Adenoide.

Der Rhinoadenoide gäbe immer einen minderwerthigen Soldaten ab und man wird ihn immer unter den Nachzüglern finden.

Der Militärarzt muss daher seine ganze Aufmerksamkeit auf die oberen Luftwege richten. — Wenn wohlausgesprochene Läsionen derselben vorliegen, so kann der Mann geheilt werden.

BAYER.

52) **J. F. Barnhill. Eine modificirte Adenoiden-Curette. (A modified adenoid curette.)** *Journal of the American Medical Association. 19. October 1907.*

Das Instrument besteht in einer Modification der Beckmann'schen Curette, die im Wesentlichen darin besteht, dass das Fenster höher ist als bei jener.

EMIL MAYER.

53) **J. F. Byington. Eine neue Adenoiden-Curette für die Rosenmüller'sche Grube. (A new adenoid curette for Rosenmüller's fossa.)** *Journal of the American Medical Association. 5. October 1907.*

Das Instrument ist so eingerichtet, dass es leicht in die Rosenmüller'sche Grube eingeführt werden kann, ohne dass eine Verletzung der Tubenlippe zu befürchten steht.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

54) **Duhot. Zungenleukokeratose. (Leucokératose linguale.)** *Annales de la Soc. Méd.-chirurg. du Brabant. No. 6. 1907.*

In der Sitzung der medicochir. Gesellschaft von Brabant am 23. März 1907 stellt D. einen Fall von Leukokeratose der Zunge und der Wangen vor; Patient hatte im October 1906 Syphilis acquirirt, war mit 13 Injectionen von 0,14 cg Hg behandelt und der Beginn der Leukokeratose datirt vom Januar d. J.; es war keine Roseola aufgetreten und auch sonstige Symptome von Syphilis hatten sich nicht gezeigt, obgleich die Behandlung erst in der 5. Woche begonnen hatte.

D. hält die Leukoplasie für nicht-syphilitischer Natur. (? Ref.)

BAYER.

55) **R. H. Johnston. Varicöse Venen der Zunge. (Varicose veins of the tongue.)** *Lancet Clinic. 20. April 1907.*

J. berichtet über den Fall einer 64jährigen Frau, die viel an Husten und kurzem Athem gelitten hatte. Bei der Untersuchung fand man an beiden Zungenrändern von den vorderen Gaumenbögen bis dicht an die Zungenspitze sich er-

streckend, geschlängelte, runde, ungefähr 4 mm im Durchmesser messende Massen. Die Venae raninae auf der Unterfläche der Zunge waren ungewöhnlich gross und geschlängelt. J. glaubt, dass die varicösen Venen congenitalen Ursprungs waren.

EMIL MAYER.

56) **Notiz des Herausgebers. Schilddrüsengeschwülste der Zunge. (Thyroid tumours of the tongue.)** *Journal of the American Medical Association. 12. October 1907.*

Das Interessanteste an diesen Tumoren ist, dass es sich um functionirendes Gewebe handelt. In einer Anzahl von Fällen, wo die Tumoren entfernt worden waren, trat als Zeichen dafür, dass der Tumor eine compensatorische Bildung von accessorischem Schilddrüsengewebe darstellt, das an Stelle der fehlenden Schilddrüse functionirt, Myxödem auf. In Fällen, wo nach Exstirpation des Zungenkropfs kein Myxödem eintritt, muss man ihn als nicht descendirten mittleren Lappen der Schilddrüse auffassen, nach dessen Entfernung compensatorisch die Seitenlappen eintreten.

EMIL MAYER.

57) **Hallopeau. Schwarzfärbung der Zunge, durch Wasserstoffsuperoxyd verursacht. (Blackness of the tongue caused by Hydrogen Dioxide.)** *N. Y. Medical Journal. 22. Juni 1907.*

Verf. berichtet über zwei Fälle, die er innerhalb einer Woche beobachtet hat und bei denen der Gebrauch von Wasserstoffsuperoxyd als Gurgelwasser während einer Quecksilbercur zu einer Schwarzfärbung der Zunge geführt hat. Zuerst wurde geglaubt, dass dies die Folge einer Reaction zwischen dem im Speichel enthaltenen Hg und dem H_2O_2 sei, jedoch wurde später dasselbe bei einem Manne beobachtet, der kein Quecksilber gebrauchte. Derselbe gebrauchte täglich als Gurgelwasser 1 Theelöffel Wasserstoffsuperoxyd auf ein halbes Glas warmen Wassers. Nach Verlauf einer Woche trat eine entschiedene Schwarzfärbung des Zungenrückens auf. In der Discussion bemerkt Chatin, dass er dieselbe Erscheinung in 20 Fällen von Anwendung des Wasserstoffsuperoxyd als Gurgelwasser beobachtet hat, jedoch stets in Fällen, in denen die Zunge belegt war. Die Erscheinung verschwindet stets spontan.

LEFFERTS.

58) **Küster** (Marburg). **Zur Behandlung des Zungenkrebses und die Unterbindung der Carotis externa.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 81. 1906.*

Die einseitige oder doppelseitige Unterbindung der Carotis externa verdient bei grösseren Carcinomen der Zunge den Vorzug vor der Unterbindung der Art. lingualis, die doppelseitige Unterbindung der Carotis externa (am besten in Verbindung mit der Anwendung von Röntgenstrahlen) sollte auch in anscheinend unoperirbaren Fällen von Zungenkrebs zur Anwendung kommen.

SEIFERT.

59) **Levinger** (München). **Gestielte maligne Geschwulst der Tonsille (Endotheliom).** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 181.*

Die Geschwulst von etwa 1/2 cm Länge und 1/2 cm Durchmesser sass der vergrösserten Tonsille breitbasig auf. Die mikroskopische Untersuchung ergab ihre zweifellos maligne Natur (Endotheliom). Kurz vorher bei dem Patienten ent-

fernte Inguinaldrüsen zeigten denselben Charakter (Endothelioma carcinomatodes). Der Patient ging nach etwa $1^1/_2$ Jahren an multiplen Tumoren im Abdomen zu Grunde, ohne dass ein Recidiv des Tonsillentumors aufgetreten war. Eine Section wurde nicht gemacht; welches der primäre Tumor war, blieb unentschieden.

F. KLEMPERER.

60) **L. Carrière. Das Sarkom der Tonsille beim Kinde. (Du sarcome de l'amygdale chez l'enfant.)** *Thèse de Paris. 1906.*

Anlässlich eines von ihm beobachteten Falles hat Verf. die in der Literatur verzeichneten ähnlichen zusammengestellt und hat 11 Fälle von Sarkom beim Kinde gefunden (4 Lymphosarkome, 4 Rundzellensarkome, 1 Alveolarsarkom). Die Symptome sind dieselben wie beim Erwachsenen, nur schreitet die Affection beim Kinde viel schneller vorwärts und die meisten Fälle enden trotz der Eingriffe tödtlich. Verf. räth zur Jodbehandlung.

A. CARTAZ.

61) **Philip King Brown. Entfernte Wirkungen der Tonsillarinfection. (Remote effects of tonsillar infection.)** *Journal of the American Medical Association. 15. Juni 1907.*

Als infectiöse Erkrankungen, die ihren Ausgang von den Tonsillen nehmen können, bezeichnet Verf. Pericarditis, Myocarditis, Endocarditis, Arthritis, Chorea, Neuritis, Adenitis, Drüsenfieber, Nephritis, Pleuritis, Tuberculose, Iritis, Phlebitis, Osteomyelitis, verschiedene andere Streptokokken- und Staphylokokken-Septikämien, Hodgkin'sche Krankheit und möglicherweise gewisse Formen von Leukämie.

EMIL MAYER.

62) **Lomnitz** (Dresden). **Ueber die Angina als Ausgangspunkt schwerer Erkrankungen.** *Med. Klinik. 2. 1907.*

Unter 151 Fällen von Angina (Streptokokken- und Staphylokokken-Infection) traten 27 mal pathologische Erscheinungen auf, die am häufigsten in Störungen der Herzthätigkeit, dann in Symptomen von Seiten der Nieren, nur zweimal im Auftreten von Gelenkrheumatismus und je einmal in Purpura rheumatica und Sepsis bestanden.

SEIFERT.

63) **W. Lublinski** (Berlin). **Rötheln und secundäre Angina.** *Med. Klinik. 52. 1907.*

Die secundäre Angina bei Rötheln ist selten, hier und da tritt sie, wie in dem von Lublinski mitgetheilten Fall (15jähr. Mädchen) in verschiedener Form auf, die zwar nicht in Eiterung überging, aber ihrem Beginn und Verlauf nach ganz den Anschein eines phlegmonösen Processes hatte.

SEIFERT.

64) **De Bersaques. Ein Fall von schwerer, generalisirter Staphylococcusinfection in Folge einer Amygdalitis. (Un cas d'infection staphylocoque grave, généralisé à la suite d'amygdalite.)** *La Belgique Méd. No. 4. 1907.*

42jähriger Kranker bekommt nach einer leichten Amygdalitis, welche er unbeachtet und unbehandelt liess, beträchtliche und sehr schmerzhafte Anschwellung in der rechten Achsel. Dr. Sugg wies noch nachträglich in den Mandelsecreten Staphylokokken nach. Die Eröffnung des Achselabscesses ergab 800—900 g Eiter,

in welchem der Staphylococcus in Reincultur sich befand. Ein paar Tage darauf neuer Eiterherd in der linken Regio supraspinata, dann am Trochanter der rechten Schulter, an der Wade, am Rücken etc., immer mit Staphylokokken in Reincultur. Trotz der chirurgischen und aller möglichen innerlichen Behandlung erlag der Patient nach $2^1/_2$ Monaten der Kachexie.

BAYER.

65) **Notiz des Herausgebers. Appendicitis und Angina. (Appendicitis and angina.)** *Journal of the American Medical Association. 11. Mai 1907.*

Die Notiz nimmt Bezug auf die Beobachtungen von Kretz, wonach wahrscheinlich ein Drittel aller fatalen pyogenen Infectionen mit einer initialen Angina beginnen; er meint, dass viele acute mehr oder minder transitorische fieberhafte Zustände in Wirklichkeit milde anginöse und postanginöse Bakteriämien seien. Verf. macht übrigens darauf aufmerksam, dass Semmelweis der erste gewesen sei, der auf den Zusammenhang gewisser Infectionskrankheiten mit Angina hingewiesen habe. Der wichtigste Infectionsträger, der durch die Tonsillen seine Eingangspforte in den Organismus findet, ist der Staphylococcus.

EMIL MAYER.

66) **Gunnar Holmgren** (Stockholm). **Zur Frage der Angina ulcero-membranacea s. Vincenti. (Till fragan om angina ulcero-membranacea s. Vincenti.)** *Hygiea. No. 11. 1907.*

Verf. berichtet über 10 Fälle von Angina Vincenti, von denen 6 im Epidemie-Krankenhause als suspecte Diphtheriefälle aufgenommen und 3 für Lues verdächtig waren. Sämmtlichen Fällen sind sorgfältige Krankengeschichten mit epikritischen Anmerkungen beigefügt. Diese in kurzer Zeit vorgekommenen Fälle geben dem Verf. Veranlassung, die Ansicht auszusprechen, dass diese Krankheit in Stockholm nicht selten ist, eine Meinung, der der Ref. auf Grund eigener Erfahrung zustimmen kann.

E. STANGENBERG.

67) **G. Laurens** (Paris). **Wann soll der Practiker zur Entfernung der Tonsillen rathen? (Quand le praticien doit-il conseiller l'ablation des amygdales?)** *La Clinique médicale. 6. December 1907.*

Verf. wendet sich gegen die immer mehr zu Tage tretende Tendenz, die Mandeln ohne ausgesprochene Indication zu entfernen. Diese ist seiner Ansicht nach vorhanden, wenn die Tonsillen obstruirend wirken, zur Infection oder entfernten Complicationen Anlass geben. Verf. hat hartnäckige Enteritiden nach Entfernung der Mandeln weichen sehen.

GONTIER de la ROCHE.

68) **Scherenberg** (Linden). **Die Exstirpation der Gaumenmandeln mittels Messerscheere.** *Med. Klinik. 28. 1907.*

Sch. hat sich von der Firma Nicolai (Hannover) eine gerade, schlanke Scheere construiren lassen, vorne abgestumpft, die eine obere Branche messerartig etwas ausgezogen und auf dem Rücken geschliffen. Operation meist in Narkose, zumal wenn auch die Rachenmandel gleichzeitig entfernt werden muss.

SEIFERT.

69) **Nettebrock** (Kiel). **Zur Casuistik der Blutungen nach Tonsillotomie und ihre Behandlung.** *Dissert. Kiel 1906.*

Im ersten Falle starke Nachblutung nach Incision in einen supponirten Tonsillerabscess, Unterbindung der Carotis communis. Im zweiten Falle gleiche Ursache der Nachblutung; Blutstillung in der Weise, dass eine mit Zwirn armirte lange Stopfnadel hinter dem Kieferwinkel hinein- und durch die Tonsille an der durch Fingerdruck in der Mundhöhle markirten Stelle herausgestossen wurde. An das innere Ende Anknüpfen eines dicken Jodoformgazetampons und Andrücken gegen die Tonsille durch Zug von aussen her.

SEIFERT.

70) **Proebsting** (Wiesbaden). **Eine Tonsillenklemme.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. p. 386.*

Beschreibung und Abbildung des von W. Walb Nachf. in Heidelberg hergestellten Instrumentes, das bei ernsten Blutungen im Pharynx oder an den Gaumenbögen, beispielsweise nach der Tonsillotomie, angelegt werden soll.

F. KLEMPERER.

71) **Edward C. Sewell. Tonsillenschlinge. (Tonsil snare.)** *Journal of the American Medical Association. 18. Mai 1907.*

Beschreibung des Instruments.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

72) **Champon. Die Diphtherie und der Croup im Bürgerspital zu Gent seit der Anwendung des antitoxischen Heilserums. (La diphtérie et le croup à l'hôpital civil de Gand depuis l'emploi du serum antitoxique.)** *La Belgique Méd. No. 26. 1907.*

Seit 1895 wurden 648 Kinder im Genter Bürgerspital behandelt, wovon 481 geheilt wurden. Von 230 kleinen Patienten, welche von 1886—1895 behandelt wurden, entgingen nur 100 dem Tod. Während so die Mortalität vor der Serotherapie 56 pCt. betrug, fiel sie nach deren Einführung auf 25 pCt.

In der Privatpraxis sind die Erfolge verhältnissmässig weit grösser, als im Spital, wohin die Kinder häufig zu spät gebracht werden.

Die schönsten Resultate der Serotherapie werden bei der Behandlung der an Croup Operirten constatirt. Es wurden im Spital von 1886—1895 151 Croupfälle operirt, davon kamen 32 zur Heilung, also 19 pCt.; seit 1895 bis Ende April 1907 ergaben 300 Fälle von operirtem Croup, die mit Serum behandelt worden waren, 180 Heilungen, also 60 pCt.

Das Serum, frühzeitig angewandt, verhindere die Paralysen, nütze aber nichts, wenn solche schon vorhanden seien. Der Serumausschlag und die Arthralgie, welche man hier und da constatire, seien ohne weitere Folgen.

BAYER.

73) **Hasenknopf** und **Rothe** (Berlin). **Ein Beitrag zur Frage der Bacillenträger bei Diphtherie.** *Jahrb. f. Kinderheilkde. Bd. 66. 1907.*

Gelegentlich einer Hausendemie von Diphtherie im Kadettencorps in Potsdam wurden sämmtliche Insassen untersucht und Diphtheriebacillen nur bei den Re-

convalescenten nachgewiesen, dagegen nicht bei den gesund gebliebenen Kadetten. Bei den Reconvalescenten wurden noch nach 4 bezw. 8 und 9 Wochen nach der Erkrankung die Bacillen nachgewiesen, was nach der Anschauung der Verff. zur fortgesetzten Isolirung der Reconvalescenten nöthigt. SEIFERT.

74) J. A. Reuter. **Die Anwendung von Diphtherie-Antitoxin bei der Behandlung von Heufieber und Asthma. (The use of diphtheria-antitoxin in the treatment of hay fever and asthma.)** *Medical Sentinel. September 1907.*

In 60 Fällen wurden bemerkenswerthe Resultate erzielt, 41 zeigten keine Symptome von Heufieber und Asthma mehr. Es wurde sowohl Serumantitoxin wie Globulinantitoxin angewandt, und zwar mit gleich guter Wirkung. Anfangs wurden 2000 J.-E. gegeben, später, wenn keine ungünstigen Nebenwirkungen sich zeigten, auch grössere Dosen. EMIL MAYER.

75) Edwin Rosenthal. **Resumé über die Anwendung von Diphtherie-Antitoxin bei der Behandlung verschiedener Formen von Diphtherie, besonders Kehldiphtherie mit und ohne Intubation. (A resumé of the use of the diphtheria antitoxin in the treatment of various forms of diphtheria especially the laryngeal with or without the operation of intubation.)** *Monthly Cyclopedia of Practical Medicine. Juli 1907.*

Der Titel besagt den Inhalt. EMIL MAYER.

76) Henrotin. **Anwendung des „Armadiphterins" in 21 neuen Fällen von Diphtherie. (Emploi de l'armadiphtérine dans vingt et un nouveau cas de diphtérie.)** *La Presse Méd. Belge. No. 34. 1907.*

Klinische Beobachtungen — 31 Fälle von Angina diphtherit. und Croup —, sowie bakteriologische und pharmacodynamische Untersuchungen, welche der Autor im St. Petrushospitale anzustellen Gelegenheit gehabt hatte, hatten denselben zu folgenden Schlüssen geführt: Man ist berechtigt, zu bestätigen, dass die Dichondra braevifolia als Glycerinextract (Armadiphtherin) dem Löffler'schen Bacillus gegenüber eine wirklich bactericide Wirkung besitzt. Dieses Product ist in der therapeutisch angewandten Dosis inoffensiv. Klinisch angewandt, übt es eine locale Wirkung aus, welche die Action des Serums unterstützt. Bei einfachen Fällen, bei welchen die Localisation der Affection die Anwendung des Mittels ermöglicht, kann es für sich allein die Heilung herbeiführen. In anderen Fällen, wo dies nicht möglich ist, und bei schweren Formen z. B. von Ang. diphtheritica oder schon vorhandener Toxaemie muss es dem antidiphtheritischen Serum weichen. Auch als Präventivmittel kann das Armadiphtherin verwandt werden. Die mittlere Dauer des Vorhandenseins von Löffler'schen Bacillen im Halse der Kranken war $4^1/_3$ Tage.

Der Autor führt nun weitere 21 Fälle an, welche diese Schlüsse vollauf bestätigen. BAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

77) **M. Bukofzer** (Königsberg). **Was ist Tonansatz? (Terminologisches und anderes; zugleich eine Ergänzung meiner Arbeit: „Zur Hygiene des Tonansatzes“ etc.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 501.*

Die inhaltreiche Arbeit eignet sich nicht zum Referate und muss von Interessenten im Original nachgelesen werden. Verf. zeigt den verschiedenartigen Gebrauch des Terminus „Tonansatz“ seitens der verschiedenen gesangspädagogischen und laryngologischen Schriftsteller und sucht den wirklichen Inhalt des Kunstausdrucks festzulegen.

F. KLEMPERER.

78) **Glorieux. Mutismus hystericus. (Mutisme hystérique.)** (Sitzung der Poliklinik vom 13. Mai 1907.) *La Policlinique. No. 7. 1907.*

Mutismus hystericus bei einem jungen, sehr empfindsamen Mädchen, das in Folge eines Schrecks die Stimme verloren, zuerst vorübergehend und erst nach einigen Tagen definitiv und vollständig; sie macht sich durch die Bewegung der Lippen und ihren Gesichtsausdruck noch gewissen Personen verständlich. G. will die suggestive Behandlung vermittelst des faradischen Stroms im Nacken, welche ihm vor einigen Monaten bei einem kleinen Jungen mit dem gleichen Uebel reussirt hatte, versuchen.

BAYER.

79) **Bichaton** und **Benn. Complete Aphonie hysterischer Natur bei einem 58jährigen Mann. (Aphonie complète de nature hystérique survenue chez un homme de 58 ans.)** *36. Congrès pour l'avancement des sciences. Reims. Juli 1907.*

Es wurde mit Erfolg eine Suggestivbehandlung eingeleitet unter der Form der Massage und Darreichung von indifferenten Mitteln.

GONTIER de la ROCHE.

80) **Marage. Entwickelung der Stimmenergie mittels Athemübungen. (Développement de l'énergie de la voix au moyen d'exercises respiratoires.)** *Acad. des sciences. 4. November 1907.*

Da die Stimmenergie bedingt ist durch das unter bestimmtem Druck stehende Volumen Luft, handelt es sich für einen Sänger oder Redner darum, diese beiden Quantitäten zu vermehren.

Verf. giebt drei Uebungen an, die täglich 10 Minuten lang ausgeführt werden sollen und bezwecken, das normale Volumen des Thoraxraumes herbeizuführen. Diese Uebungen haben den Vorzug, die Muskeln der Bauchwand zu kräftigen, sie bringen den dicken kugelförmigen Bauch, den man so häufig bei Erwachsenen findet, schnell zum Verschwinden. Jede Woche misst man den Brustumfang und das Volumen der aspirirten Luft, und da bestimmte Tabellen die Beziehung bestimmen, die zwischen der Grösse des Individuums, seinem Gewicht und den beiden obengenannten Grössen bestehen müssen, so kann man die Uebungen so einrichten, dass das Maximum der nützlichen Wirkung erzielt wird.

A. CARTAZ.

81) **Th. S. Flatau** und **Herm. Gutzmann** (Berlin). **Die Stimme des Säuglings.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 139.*

Die interessante Studie, deren Ergebnisse sich der Wiedergabe im Referate entziehen, basirt auf der Analyse phonographischer Aufnahmen der Stimme von 30 Säuglingen im Alter von wenigen Stunden — zweimal wurde der erste Schrei aufgenommen — bis zu fünf Wochen.

F. KLEMPERER.

82) **Victor Urbantschitsch** (Wien). **Ueber die von den sensiblen Nerven des Mittelohres ausgelösten Sprach- und Schriftstörungen sowie Paresen der oberen und unteren Extremitäten.** *Mit 1 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 7. 1907.*

Mittheilung einer Reihe einschlägiger Fälle, unter denen bei einem Fall chronischer Ohreiterung neben Reflexschmerzen in der Schulter und Paresen in Arm und Bein sich auch wiederholtes Stottern bemerkbar machte; sämmtliche Erscheinungen verschwanden wiederholt nach Reinigung des Mittelohres und Entfernung angetrockneter Eiterkrusten. Ein zweiter Fall zeigte wechselnde Sprachstörungen und sensorische Aphasie, die neben einer acuten doppelseitigen Mittelohrentzündung mit einer bestehenden chronischen Kieferhöhleneiterung in Zusammenhang standen und sich jeweils mit dem Füllungszustand der Höhle besserten und verschlechterten. Nach breiter Eröffnung der Kieferhöhle vom unteren Nasengange aus besserte sich die locale Erkrankung und Hand in Hand mit dem Fortschreiten der Besserung gingen die aphasischen Erscheinungen zurück, um endlich dauernd zu verschwinden. Ein dritter Fall bot interessante Schriftstörungen, die durch Tamponade der Paukenhöhle, mehr noch durch Tamponade der (gesunden) rechten Nasenseite bei einem 30jährigen Manne reflectorisch ausgelöst und experimentell wiederholt hervorgerufen werden konnten.

HECHT.

83) **A. Kuttner** (Berlin). **Kritische Betrachtungen über den augenblicklichen Stand der Recurrensfrage.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. p. 97.*

In den Capiteln: a) Das physiologische Experiment, b) Pathologische Anatomie, c) Klinische Betrachtungen, giebt K. eine auf vollkommenster Beherrschung der umfangreichen Literatur, wie auf eigenen experimentellen Untersuchungen fussende Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Recurrensfrage. Zum Referat ist die umfangreiche Arbeit nicht geeignet; wer auf diesem Gebiete thätig ist oder sich informiren will, wird sie im Original studiren müssen. Ihr Schlusssatz lautet: Mag auch noch mancher Punkt der Recurrensfrage der Erledigung harren, an der Richtigkeit des Princips aber, das wir als das Semon-sche Gesetz bezeichnen, ist nicht zu zweifeln. Wer die bisherigen Ergebnisse des physiologischen Experiments, der pathologischen Anatomie und der klinischen Beobachtung kritisch überschaut, wird nichts finden, was dem Sinne dieser Lehre widerspricht, es sprechen vielmehr alle Thatsachen dafür, dass nicht nur, wie bereits allgemein anerkannt, bei progredienter Erkrankung des Recurrenscentrums, sondern auch bei progredienter Erkrankung des Recurrensstammes gesetzmässiger Weise die Glottisöffner früher und stärker in ihrer Function beeinträchtigt werden, als die Glottisschliesser.

F. KLEMPERER.

84) **Grabower** (Berlin). **Zur Recurrensfrage.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 419.*

Verf. giebt einige Ergänzungen und Richtigstellungen zu Kuttner's Aufsatz über den derzeitigen Stand der Recurrensfrage und stellt gewisse Richtsätze für künftige Untersuchungen auf diesem Gebiete auf. Die ganze Recurrensfrage ist zu ausgedehnt und complicirt, als dass sich ein Artikel, wie der vorliegende, der die verschiedensten Punkte der Frage kurz berührt, im knappen Referate wiedergeben liesse.

F. KLEMPERER.

85) **Arthur Haeberlin** (Berg, Thurgau). **Der anatomische Bau des Nervus recurrens beim Kaninchen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 20.*

Verf. fasst das Ergebniss seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen: Der Nervus recurrens des Kaninchens erhält etwa zwei Drittel grosse markhaltige Fasern aus dem Nervus vagus central, etwa ein Drittel kleiner markhaltiger Fasern aus dem Nervus vagus peripher vom Recurrensabgange. Die grossen und kleinen markhaltigen Fasern verlaufen vom Abgang bis in den periphersten Theil des Nervus recurrens in zwei gesonderten Gruppen nebeneinander. Marklose Fasern sind relativ wenige vorhanden. Mit dem Nervus laryngeus superior der gleichen Seite und mit dem Nervus vagus, laryngeus superior und recurrens der anderen Seite geht er keine Beziehungen ein. Die zwei Drittel grosser markhaltiger Nervenfasern können sowohl motorisch wie sensibel sein; dass sie motorisch sein könnten, dafür spräche vielleicht das Ueberwiegen derselben in dem Nerven, der ja unbestritten hauptsächlich ein motorischer Nerv ist, sowie die alte Ansicht, dass die grossen Nervenfaserquerschnitte meist motorische Fasern sind. Die kleinen markhaltigen Fasern im Nervus recurrens können ebenfalls motorisch oder sensibel sein, obschon letzteres wahrscheinlicher ist.

F. KLEMPERER.

86) **G. Frey** (Bern). **Ueber regionäre Anästhesie des Kehlkopfs.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 346.*

F. stellt fest, dass es möglich ist, den N. laryngeus superior durch eine percutane und permuskuläre Injection einer Cocain-Adrenalinlösung an seiner Durchtrittsstelle durch die Membrana thyreohyoidea leitungsunfähig zu machen und auf diese Weise eine regionäre Anästhesie der Kehlkopfschleimhaut zu erreichen. Der Vortheil dieser Methode liegt in der relativ kleinen und genau dosirbaren Menge der erforderlichen Anästhetica; die Anästhesie ist eine tiefe und vollständige, ihre Dauer ist schwankend, im Durchschnitt 20 Minuten.

F. KLEMPERER.

87) **Georg Boenninghaus** (Breslau). **Ueber einen eigenartigen sensiblen Reizzustand des oberen und unteren Kehlkopfnerven.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 197.*

Verf. hat jetzt 82 Fälle der Affection beobachtet, die er 1904 als „nervösen Halsschmerz“ beschrieb. Er giebt an der Hand kurzer Krankengeschichten sämmtlicher Fälle eine ausführliche Schilderung des Leidens, dessen Diagnose im Wesentlichen auf der „Constatirung des Druckschmerzes an typischer

Stelle" sich gründet: „Diese Stelle befindet sich zwischen grossem Zungenbeinhorn und oberem Schildknorpelrand, im lateralsten Theil der Membrana thyreohyoidea: oberer Druckpunkt; oder dicht an der Seite der Halsluftröhre: unterer Druckpunkt." Die Behandlung, welche sehr günstige Resultate hat, besteht in äusserer Halsmassage; in schweren Fällen wird dieselbe durch Galvanisation und interne Arsenmedication unterstützt. — Von Interesse ist die Deutung, die Verf. seinen Beobachtungen giebt. Er betrachtet den N. recurrens als das schmerzhafte Organ und bezeichnet den unteren Druckpunkt als den unteren Laryngeus- oder den Recurrens-Druckpunkt. Er sieht in seinen Fällen „eine Bestätigung der durch Anatomie und Physiologie mit höchster Wahrscheinlichkeit nachgewiesenen Thatsache, dass der Recurrens des Menschen auch sensible Fasern führt". Er lässt es unentschieden, ob die Krankheit als rein functionelle (Hyperästhesie, bezw. Neuralgie) oder als organische aufzufassen ist, neigt aber zu letzterer Annahme und spricht deshalb kurzweg von Neuritis laryngea superior s. inferior.

F. KLEMPERER.

88) **Michael Grossmann** (Wien). **Ueber den angeblichen motorischen Effect der elektrischen Reizung des Sympathicus auf die Kehlkopfmuskeln.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 394.*

Verf. macht im Hinblick auf die 1904 erschienene Arbeit von P. Schultz, welcher die von Onodi behauptete Betheiligung des Sympathicus an der motorischen Innervation des Kehlkopfs in Abrede stellt, darauf aufmerksam, dass er 1898 bereits Onodi's Angaben widerlegt hat. Die motorischen Effecte im Kehlkopf bei Reizung gewisser Abschnitte des Sympathicus erklären sich, wie Verf. durch exacte Versuche erwies, insgesammt durch Stromschleifen und sind nicht das Ergebniss von Reizungen des Sympathicus.

F. KLEMPERER.

89) **A. Onodi** (Budapest). **Bemerkungen zu den Aufsätzen von weil. Prof. P. Schultz und von Prof. M. Grossmann.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 399.*

Verf. erklärt sein Schweigen gegenüber den Arbeiten von Grossmann und Schultz durch persönliche Verhältnisse und stellt eine erneute experimentelle Prüfung der Sympathicusfrage in Aussicht.

F. KLEMPERER.

90) **Broeckaert. Die Sympathicusnerven des Kehlkopfs. Beitrag zum anatomischen und physiologischen Studium des Halstheils des Sympathicus. (Les nerfs sympathiques du larynx: Contribution à l'étude anatomique et physiologique du sympathique cervical.)** *Bulletin de l'Acad. Royale de Méd. de Belgique. No. 4. 1907.*

Der erste Theil der Arbeit B.'s ist rein anatomisch und behandelt die Kette des Halstheils des Sympathicus:

I. Das Ganglion cervical. super. mit seinen Anastomosen mit dem Pneumogastricus.

II. Das Ganglion cervic. med. mit seinen Communicationen (Vasculäranastomosischen und Herzästen).

III. Das Ganglion cervic. inf. mit seinen Verbindungen und Vertheilungsästen.

Es geht daraus hervor, dass die Bedeutung der Anastomosen zwischen den Kehlkopfsnerven und dem Halssympathicus viel grösser ist, als im Allgemeinen angenommen wird. Es scheint daher dem Autor wahrscheinlich, dass der Sympathicus eine bemerkenswerthe, obgleich noch nicht definirte Rolle bei der Innervation des Kehlkopfes und in der so dunkeln Pathogenie der Paralysen dieses Organs spiele. Nur durch die Vornahme einer grossen Anzahl delicater Experimente, durch sorgfältige Anhäufung des geeigneten Materials werde man eines Tages dahin gelangen, das zu verwirklichen, was heute noch reine Hypothese sei.

Der zweite Theil bildet eine physiologische Studie und behandelt:

I. die Betheiligung des Sympathicus bei der motorischen Innervation des Larynx mit persönlichen Untersuchungen am Kaninchen, am Affen, an der Katze und am Hunde, woraus der Autor den formellen Schluss folgert: „Der Halstheil des Sympathicus, wenigstens bei den Thieren, nimmt keinen Antheil an der motorischen Innervation des Larynx."

II. die vasomotorische Innervation des Kehlkopfes mit dem Schluss, dass der Halssympathicus den vasomotorischen Apparat des Kehlkopfes unter seiner Abhängigkeit habe.

Das III. Capitel handelt von der problematischen Existenz der Fasern in den sympathischen Kehlkopfnerven.

Das IV. Capitel beschäftigt sich mit dem Studium der Intervention des Sympathicus bei der trophischen Innervation des Larynx, behufs dessen B. 3 Reihen von Experimenten vorgenommen hat, mit 1. Section oder Resection des grossen Halssympathicus, 2. Resection des Halssympathicus combinirt mit der Resection der Kehlkopfnerven und 3. Resection der Gefässnerven combinirt mit der Resection der Kehlkopfnerven. Der Autor kommt dabei zu keinem befriedigenden Resultat und verweist auf weitere neuere Untersuchungen, die nothwendig seien, um das Dunkel zu beseitigen, in welches die Physiologie des grossen Halssympathicus bis jetzt noch gehüllt sei.

Die interessante und fleissige Arbeit hat unbegreiflicher Weise bei der Belg. Academie nicht die verdiente Würdigung gefunden. BAYER.

91) **Holger Mygind** (Kopenhagen). **Die Paralyse des Musc. cricothyreoideus.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 403.*

Auf Grund von 13 Fällen aus der Literatur und 4 eigenen Beobachtungen bespricht Verf. die Symptomatologie dieser seltenen Lähmungsform, deren wichtigste objective Zeichen die Schrägstellung der Stimmritze, die unregelmässige, wellenförmige Contur des freien Randes der gelähmten Stimmlippen und die Faltelung und unregelmässige Vertiefung der Oberfläche sind. F. KLEMPERER.

92) **A. Kuttner** (Berlin). **Einige Bemerkungen zu H. Mygind's Aufsatz über die Paralyse des Musculus cricothyreoideus.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 172.*

K. weist auf die Congruenz der von Mygind beschriebenen Erscheinungen beim Menschen mit den von ihm und Katzenstein erhobenen Befunden im Thierversuch

hin. Er sieht in M.'s Angaben eine Bestätigung seiner Behauptung, dass auch die Adductoren während der Athmung dauernd innervirt sind, und zwar in der Weise, dass ihre Innervation rhythmisch während der Exspiration einen Energiezuwachs erfährt, der während der Inspiration wieder nachlässt, ohne aber ganz zu verschwinden.

F. KLEMPERER.

93) **Gisela Meitner** (Wien). **Beitrag zur Pathologie der Kehlkopfbewegungen.** *Mit 10 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 4. 1907.*

Die Schlussfolgerungen der Untersuchungen, die sich zu kurzem Referat nicht eignen, fasst Autor dahin zusammen: „Eine deutliche, sicht- oder tastbare respiratorische Bewegung des Kehlkopfes, welche unabhängig vom Willen des Athmenden, synchron mit der Respiration erfolgt, ist pathologischer Natur und unterscheidet sich von der bei (willkürlich) vertiefter, normaler Athmung auftretenden Bewegung durch das Fehlen des statischen Nullpunktes, durch das Vorhandensein zweier Grenzlagen mit getrennten Functionen, durch die wechselnde, der Willkür entzogene Excursionsgrösse der Bewegung und durch die mangelnde räumliche Stabilität der Grenzlagen."

HECHT.

94) **Graeffner** (Berlin). **Studien über die Tabes dorsalis mit besonderer Berücksichtigung der Kehlkopfsymptome.** (221 Fälle.) *Mit 1 Abb. Münchener med. Wochenschr. No. 36. 1907.*

Die interessante Arbeit ist zu kurzem Referat nicht geeignet.

HECHT.

95) **W. B. G. Harland. Der Kehlkopf bei Tabes. (The larynx in locomotor ataxia.)** *Journal of the American Medical Association. 14. September 1907.*

1. Der Kehlkopf ist sehr selten bei Tabes afficirt. [? Red.]

2. Selten [? Red.] entsteht im Frühstadium der Erkrankung eine spastische [? Red.] Abductorlähmung, die auf die Vermuthung des Bestehens einer Tabes führt.

3. Im Spätstadium der Tabes findet man oft das eine oder andere Stimmband — meist das linke — in einer hyperabducirten [? Red.] Stellung.

EMIL MAYER.

96) **Polanski. Ein Fall von Dyspnoea spastica hysterica. (Przypadek dusznosci hysterycznej.)** *Pam. Tow. Lek. 1907.*

Bei einem 17jährigen Mädchen kamen seit einigen Monaten ab und zu heftige Dyspnoeanfälle vor, welche schliesslich zur Tracheotomie bei der Kranken führten. Beim Laryngoscopiren wurden vom Verf. die Stimmbänder als blass, dicht bei einander gelegen und bei Inspiration unbeweglich gefunden. Es wurde daneben Hypästhesie des Pharynx und Larynx (hauptsächlich Epiglottis) constatirt. In der Nase bestand eine Leiste am Septum, die an die mittlere Muschel sich dicht anlegte. Das Sondiren der Leiste verursachte heftige Dyspnoeanfälle. Es wurde vom Verf. die Leiste chirurgisch entfernt und die Kranke bekam wieder normale Athmung. Verf. ist der Meinung, dass man in derartigen Fällen zur Tracheotomie nicht zu greifen habe, denn nach seiner laryngoskopischen Beobachtung in diesem Falle öffnen sich ab und zu die sich stark zussmmenziehenden Stimmbänder auf der Höhe des Anfalles, um Luft zu schaffen, und ziehen sich wieder zusammen.

A. v. SOKOLOWSKI.

97) **Th. J. Reardon. Congenitaler Kehlkopfstridor. (Congenital laryngeal stridor.)** *American Journal Med. Scs. August 1907.*

Ausgehend von einem Fall seiner Beobachtung giebt Verf. eine ausführliche Uebersicht über die Literatur des Gegenstandes. A. LOGAN TURNER.

98) **D. R. Paterson. Congenitaler Kehlkopfstridor. (Congenital laryngeal stridor.)** *N. Y. Medical Journal. 15. December 1906.*

Auf Grund von 5 Beobachtungen schliesst Verf., dass keine Missbildung des Rachens oder Kehlkopfes vorliegt, ebensowenig wie abnorme Athmung. Der Stridor entstünde vielmehr im Larynxeingang durch Vibration der Weichtheile an der Hinterwand. Die Stimmlippen hätten daran keinen Antheil und eine Compression der Trachea durch eine vergrösserte Thymusdrüse komme nicht als wesentliches Moment in Betracht. LEFFERTS.

99) **Alberto Muggia. Ueber die klinische Bedeutung des congenitalen Kehlkopfstridors. (Sul significato clinico dello stridore laringeo congenito.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. December 1907.*

Aus seinen Beobachtuugen, deren er 8 in extenso mittheilt, schliesst Verf., dass es eine Form des angeborenen Larynxstridors giebt, die von ähnlichen Affectionen, die jedoch secundär zu Veränderungen des Nasenrachens, der Bronchialdrüsen etc. hinzutreten, zu trennen ist. Diese Form hängt immer zusammen mit einer schlechten Ausbildung des Vestibulum laryngis, die meist der Ausdruck einer Hemmungsbildung oder der Persistenz des kindlichen Kehlkopftypus ist. Daher ist der congenitale Stridor ausgesprochener und andauernder da, wo schwere Veränderungen des Organismus, schwere Störungen der Ernährung und des Centralnervensystems (Little'sche Krankheit) bestehen. FINDER.

100) **Frank A. Coulon. Spasmus glottidis nasalen Ursprungs bei Erwachsenen. (Glottic spasm of nasal origin in adults.)** *N. Y. Medical Record. 24. August 1907.*

Verf. giebt ein kurzes Resumé über 16 Fälle von Spasmus glottidis nasalen Ursprungs, darunter einen Fall eigener Beobachtung: Es handelt sich um einen Spasmus, der alle Adductoren des Larynx mit Ausnahme des Arytaenoideus betrifft. Unter den gesammelten Fällen waren 57 pCt. weiblich und 43 pCt. männlich. Bei den Männern betrug der Durchschnitt 43 Jahre, bei den Frauen 42 Jahre. In 7 Fällen traten die Anfälle nur bei Nacht auf, in 2 anderen meist bei Nacht, in den übrigen 7 Fällen waren die Anfälle an keine Zeit gebunden. Die Resultate zeigten, dass die Ursache des Reflexes in 11 Fällen congestionirte oder hypertrophirte Muscheln, in 2 Fällen Polypen, in 2 Fällen atrophische Rhinitis und in einem Fall chronischer Nasenkatarrh war. LEFFERTS.

101) **E. Barth** (Berlin). **Zum functionellen inspiratorischen Stimmritzenkrampf.** *Med. Klinik. 17. 1907.*

In dem mitgetheilten Falle (58jähriger Mann) war die Differentialdiagnose lange Zeit schwierig zwischen doppelseitiger Posticuslähmung und functionellem inspiratorischen Stimmritzenkrampf. Die Diagnose wurde schliesslich doch auf

letzteren gestellt, obgleich jedes hysterische Stigma fehlte und der Patient seinem Alter nach anscheinend ausser der Gefahr einer solchen Erkrankung stand, da meist jüngere Leute (Semon) befallen werden. SEIFERT.

102) Netter. **Das Chlorcalcium ($CaCl_2$) bei Tetanie, den Glottiskrämpfen, der Laryngitis stridulosa und den Convulsionen. (Le chlorure de calcium dans la tétanie, les spasmes de la glotte, la laryngite striduleuse, les convulsions.)** *La Clinique. No. 19. 1907.*

In 3 Fällen wurde allein durch die Verordnung von $CaCl^2$ die prompte Heilung der Tetanie erzielt. Diese Heilung trat um so rascher ein, je grösser die Dosis des dargereichten Mittels war. Aber auch bei der Behandlung von Glottiskrämpfen, Convulsionen und der Laryngitis stridulosa hat die Verabreichung des Chlorcalciumsalzes gute Resultate ergeben. Der Autor schreibt die Ursache jener Affectionen der Verarmung des Blutes und der Gewebe an Calciumsalzen zu, deren moderirende Action auf das Muskel- und Nervensystem durch die Arbeiten von Jacquer, Loeb und der italienischen Autoren nachgewiesen ist und daraus erkläre sich der günstige Einfluss ihrer Darreichung bei den genannten Affectionen.

BAYER.

103) Domini Leonardo. **Beitrag zum anatomisch-pathologischen Studium des Keuchhustens. (Contributo allo studio anatomo-patologico della pertosse.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. November 1907.*

Verf. giebt die Beschreibung des Befundes in 3 Fällen und folgert aus diesen, dass beim Keuchhusten eine Entzündung der Schleimhaut besteht, die den oberen Theil des Kehlkopfs betrifft, zuerst einfach katarrhalisch, später, wenn die Erkrankung in das spastische Stadium tritt, nekrotisirend wird; die Nekrose ist hervorgerufen durch specielle Wirkung des specifischen Mikroorganismus oder seiner Toxine; später haften dann vielleicht auf dem nekrotischen Terrain Protozoen. Da nach den Untersuchungen des Verf.'s besonders das Verbreitungsgebiet des N. laryngeus superior von den obenbeschriebenen Veränderungen befallen ist, so erklärt sich nach ihm durch diese Localisation das Symptomenbild des Keuchhustens. FINDER.

104) Theron Wendell Kilmer. **Fünfhundert Fälle von Keuchhusten mittels des Bauchgürtels behandelt. (Five hundred cases of whooping-cough treated by means of the abdominal belt.)** *N. Y. Medical Record. 27. Juli 1907.*

Das Material des Verf.'s besteht aus 500 Fällen; in 93 pCt. soll durch Anwendung der Bauchbinde erhebliche Besserung erzielt worden sein. Auch sollen diese Patienten frei von Complicationen geblieben sein. Verf. giebt eine Beschreibung der neusten verbesserten Binde und ihrer Anwendungsart. LEFFERTS.

105) Nauwelaers. **Behandlung des Keuchhustens mit Chloroformnarkose. (Traitement de la coqueluche par la narcose au chloroforme.)** (Verfahren von Heinrich v. Rothschild.) *La Clinique. No. 36. 1906.*

Im Cercle Médical von Brüssel berichtet N. über 6 Fälle, bei welchen er nur zweimal eine offenbare Besserung constatiren konnte. PARMENTIER.

106) **Sarabia. Ueber die Anwendung von Fluoroform beim Keuchhusten. (El empleo del fluoroforme en la tos ferina.)** *Revista de medica y cirurgia práticas. No. 922.*

Fluoroform ist weniger giftig als Bromoform; es vermindert die Zahl der Anfälle, nicht aber deren Intensität. Es ist in leichten Fällen ein ausgezeichnetes Sedativum und bei schweren Fällen eine sehr wirksame Unterstützung des Phenocols in der Periode der Defervescenz.

TAPIA.

f. Schilddrüse.

107) **Halsted** und **Evans. Die Parathyroiddrüsen. (The parathyroid glandules.)** *Annals of Surgery. October 1907.*

1. Die Parathyroiddrüsen werden stets durch ausgebildete Parathyroidarterien, die in jedem Fall in dem Hilus eintreten, versorgt.

2. Die Parathyroidarterien, eine superior und inferior, entstehen aus der Thyreoidea inferior, häufig entstehen sie jedoch aus einer Anastomose zwischen der A. thyreoidea inferior und superior.

3. Zwischen den Parathyroiddrüsen und dem die Schilddrüsen einhüllenden Bindegewebe bestehen, wenn überhaupt, nur wenig directe Gefässverbindungen.

Der übrige Inhalt des Artikels ist von ausschliesslich chirurgischem Interesse.

EMIL MAYER.

108) **Hennebert. Parathyreoiddrüsen und accessorische Schilddrüsen. (Glandules parathyroïdes et corps thyroïdes accessoires.)** (Mittheilung im Cercle médical zu Brüssel.) *La Clinique. No. 14. 1907.*

H. führt zuerst die neuesten physiologischen und physio-pathologischen Kenntnisse bezüglich der Gland. thyroid. an; er bespricht dann die Glandul. parathyroid., deren Läsion die Ursache der acuten nervösen Zufälle (Tetanie), welche auf die Totalexstirpation der Gl. thyreoidea folgen, verursachen sollen; es existiren derer zwei Arten, die Gl. externae s. inferiores und die Gl. internae s. superiores. Diese Organe sind morphologisch und physiologisch von der Gland. thyreoid. verschieden und haben auch nichts mit den accessorischen Thyroiddrüsen gemein. Sodann kommt er auf die accessorischen Thyreoidkörper zu sprechen, welche nur eine Prolongation der Hauptdrüse oder eine Lageanomalie derselben darstellen.

H. giebt die klinische Beschreibung der Strumata aberrantia an der Zungenbasis, welche vom Munde aus oder auf suprahyoidealem Wege operirt werden können und führt einen Fall an, den er vor Kurzem persönlich zu beobachten Gelegenheit gehabt hatte.

BAYER.

109) **Christiani. Schilddrüsenpfropfungen. (Thyroid grafts.)** *N. Y. Medical Record. 29. December 1906.*

Chr. hatte gefunden, dass die Bedingungen für das Gelingen einer Schilddrüsenpfropfung darin bestehen, dass nur Schilddrüse derselben Thierspecies gebraucht wird und das transplantirte Gewebe lebend sei. Diese letztere Bedingung wird erfüllt, wenn zwischen dem Moment der Excision und der Implantation nicht

mehr als 10 Secunden vergehen. Zur Illustration wird ein bereits in der Münchener med. Wochenschr. (4. December 1906) beschriebener Fall mitgetheilt.

LEFFERTS.

110) **Richard. Kropf bei Neugeborenen. (Goiter in the new-born.)** *N. Y. Medical Record. 7. September 1907.*

Kropf kann angeboren und erblich bei Neugeborenen sein und ist eine sehr schwere Erkrankung. Die Symptome sind Cyanose, Dyspnoe infolge Compression der Trachea, Husten und Schluckbeschwerden infolge Druck auf den Oesophagus. Sehr selten ist der parenchymatöse Kropf, am häufigsten der Gefässkropf. Er besteht aus sehr erweiterten Venen, die breite Sinus bilden. Auch Cystenkröpfe kommen vor. In schweren Fällen ist die Behandlung eine operative, und zwar wird die Exothyropexie vorgezogen; die Thyreodectomie ist für diese Fälle eine zu schwere Operation.

LEFFERTS.

111) **Gottschalk** (Mayen). **Ein tödtlich verlaufener Fall von Struma graviditatis.** *Med. Klinik. 3. 1907.*

Bei einer $1^1/_2$ Jahre kinderlos verheiratheten Frau musste wegen hochgradiger Struma die Strumectomie gemacht werden. Kurze Zeit nach der Operation Conception. Während der Gravidität erneute rasche Zunahme der Struma, Einleitung der Frühgeburt, während der Einführung des Metreurynters Erstickungstod.

SEIFERT.

112) **M. B. Pinker. Die chirurgische Behandlung des Kropfes. (The surgical treatment of goitre.)** *American Journal Medical Sciences. August 1907.*

Die Abhandlung nimmt im Wesentlichen Bezug auf die in Kocher's bekanntem Werk niedergelegten Grundsätze und Erfahrungen.

LEFFERTS

113) **Ch. Goris. Thatsachen, 8 Fälle von Thyroidectomie betreffend; Vorstellung von 6 Operirten. (Faits concernant huit cas de Thyroïdectomie; Présentation de six opérées.)** *Separatabdruck. 1908.*

Mittheilung und Krankenvorstellung in der medico-chirurg. Gesellschaft von Brabant, mit in verschiedener Hinsicht interessanten Ergebnissen, so in Bezug auf die Aetiologie der Kröpfe, auf die Indication zur Operation, welche bei einigen Formen, die zum Kropfherz und zur Herzkachexie führen, formell wird: die Störungen des Respirationsapparates, die, sei es der Compression der Trachea und des Recurrens, sei es der Anwesenheit des Tumors im Mediastinum zuzuschreiben sind: die verschiedenen (hysterischen und recurrentiellen) Lähmungen und endlich in Bezug auf acute und chronische Tetanien.

BAYER.

g. Oesophagus.

114) **A. L. Hodgon. Olivenöl bei Verlegung des Oesophagus. (Olive oil in obstruction of the oesophagus.)** *Journal of the American Medical Association. 28. December 1907.*

Verf. wurde eines Abends von einem Arbeiter consultirt, bei dem ein Stück

Nahrung, wahrscheinlich Fleisch, in der Speiseröhre stecken geblieben war; seitdem war er nicht im Stande, auch nur einen Schluck Wasser hinunterzuschlucken. Verf. wandte Olivenöl an und nach 5 Minuten war Patient wieder im Stande, zu schlucken.

EMIL MAYER.

115) **Bircher** (Aarau). **Ein Beitrag zur plastischen Bildung eines neuen Oesophagus.** *Centralbl. f. Chirurgie. 51. 1907.*

In zwei Fällen wurde durch Plastik aus der Brusthaut ein röhrenförmiger Canal gebildet, der durch secundäre Operation mit dem Magen in Verbindung gesetzt wurde.

SEIFERT.

116) **A. Depage. Diverticulum des Oesophagus. Operation. Heilung. (Diverticule de l'oesephage; Opération. Guérison.)** *Journal de Chir. und Annal. de la Soc. Belge de Chir. No. 8. 1907.*

56jähriger Kranker, seit 5 Jahren an einem Diverticulum des oberen Oesophagustheils leidend; vor 4 Jahren partielle Abtragung desselben in Athen. Bald darauf complete Recidive in Form eines Sackes, welcher sich vorn am rechten Sternocleidomastoideus, wenn ein paar Schluck Wasser getrunken waren, bildete und bis zur Grösse einer Orange ausdehnte. Beim Zusammendrücken derselben regurgitirt die Flüssigkeit in den Mund. D. nahm die Operation vor, welche wegen der Adhärenzen und der grossen Distanz der beiden Oesophagusenden nach Resection des Sackes ziemlich mühsam sich gestaltete. Drainage des Mediastinums während einiger Tage. Heilung ohne weitere Störungen und ohne Hinterlassen jedweder Deglutitionsbeschwerden.

BAYER.

117) **Küster** (Marburg). **Ueber Divertikel und circuläre Narben der Speiseröhre.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 85. 1907.*

In dem mitgetheilten Falle handelte es sich um eine unrichtige Diagnose auf Grund eines Actinogramms, welches ein Divertikel vortäuschte, während nur eine Erweiterung über einer engen Strictur vorlag.

SEIFERT.

118) **H. Gehle** (Bremen). **Zur Radicaloperation des Oesophagusdivertikels.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1907.*

Bericht über einen einschlägigen erfolgreich operirten Fall. G. wandte eine von den bisherigen Operationsverfahren etwas abweichende Technik an, bezüglich deren auf die Arbeit verwiesen sei. Anschliessend Besprechung der einschlägigen Literatur.

HECHT.

119) **Martens** (Berlin). **Zur Kenntniss der Oesophagusdivertikel.** *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 83. 1906.*

Das Divertikel (63jähriger Mann) lag in der Mitte, hinter der Trachea, der Oesophagus wahrscheinlich nach links verschoben, der Sack ging in die Brusthöhle hinein. Operation verweigert.

SEIFERT.

120) **Wendel** (Magdeburg-Sudenburg). **Beitrag zur endothoracalen Oesophaguschirurgie.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 83. 1907.*

Nur von chirurgischem Interesse.

SEIFERT.



II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) E. J. Moure und **A. Brindel** (Bordeaux). **Handbuch der Hals-, Kehlkopf-, Ohren- und Nasenkrankheiten. (Guide pratique des maladies de la gorge, du larynx, des oreilles et du nez.)** Paris, Octave Doin. 1908.

Das vorliegende Buch ist eine anerkennenswerthe Arbeit, in welcher die Autoren es verstanden haben, unsere wichtigsten Kenntnisse über die Krankheiten des Halses, des Kehlkopfes, der Ohren, der Nase und der Nebenhöhlen zu einem didaktischen Zweck zusammenzufassen. Der Umfang des Buches erlaubt nicht, die Einzelheiten umständlich zu schildern, besonders, da die Verf. hauptsächlich die Absicht gehabt haben, ein klinisches Werk zu liefern, welches in gewisser Weise die Frucht ihrer persönlichen Erfahrung darstellt. Aber Dank der Klarheit, der Präcision, der Kunst, mit welcher sie die Hauptsachen hervorzuheben wissen, Dank der Originalität, durch welche sie viele Capitel in die Augen springen lassen, zeichnet sich dieses Buch durch zahlreiche Verdienste vor den meisten gleichartigen Lehrbüchern aus. In Bezug auf die Therapie giebt es vortrefflich den gegenwärtigen Stand der Nasen- und Kehlkopflehre wieder, und darum wird es auch mit Interesse und Nutzen von dem praktischen Arzt und den Studirenden gelesen werden. Moure und Brindel haben sich mit Ehre der Arbeit entledigt, die sie auf sich genommen hatten, und haben alle Hoffnungen erfüllt, welche man von ihrer tiefen Gelehrsamkeit, ihrem kritischen Verstande und ihrer Tüchtigkeit als Kliniker erwarten konnte.

Um dem Werke einen klinischen Charakter zu geben, sind jedem Theil desselben einzelne Vorbemerkungen über allgemeine Symptomatologie und besonders allgemeine Therapie, als auch die verlässlichsten anatomischen Anmerkungen für das Verständniss des Textes vorausgeschickt.

Der erste Theil ist der Krankheitslehre des Pharynx gewidmet. In diesem Capitel haben die Autoren ein wenig mehr Klarheit als gewöhnlich in die Classification der acuten Erkrankungen des Rachens zu bringen versucht. Sie theilen dieselben ein in katarrhalische, pseudomembranöse und ulceröse Krankheiten. Dieses Capitel ist uns sehr gut durchdacht erschienen und fasst kurz in einer bewunderungswürdigen Weise die gewöhnlich unklaren Kenntnisse, welche wir über diesen Gegenstand besitzen, zusammen.

Ebenso gut ist es den Autoren gelungen, auf etlichen Seiten die Pathologie der Tonsillitis und der Peritonsillitis phlegmonosa kurz aber ausreichend zu behandeln; einige sehr hübsche Figuren, welche dem Texte beigefügt sind, erleichtern diese Studie.

Gleicher Weise machen wir auf 6 erklärende Figuren aufmerksam, welche die Technik der Urano-Staphylorrhaphie betreffen und welche mehr darüber sagen, als eine lange, ermüdende Beschreibung.

Der zweite Theil ist dem Kehlkopf gewidmet. Obwohl der grösste Theil der Krankheiten dieser Organe nur verhältnissmässig kurz abgehandelt wird — wegen der beschränkten Dimensionen des Werkes — giebt es hier doch etliche wirklich interessante Capitel über die verschiedenen Formen der Laryngitis,

über die traumatischen Erkrankungen des Kehlkopfes, über die Stenosen und Vernarbungen.

Der sogenannte „Coup de fouet laryngien", d. h. die Erbrechung des Musc. thyro-arytaenoideus, zum ersten Mal durch Moure beschrieben, ist mit gewissen Einzelheiten dargestellt und verdient Beachtung. Dagegen sind die Bewegungsstörungen des Larynx dermaassen abgekürzt beschrieben, dass wir bedauern, dass die Autoren diesem sehr wichtigen Theil nicht ein wenig mehr Ausdehnung gegeben haben.

Der zweite Theil endet mit einem sehr originellen Capitel über die grosse Chirurgie des Larynx und der Trachea. Besonders die Thyreotomie, deren Technik durch Moure modificirt worden ist, ist sehr vollkommen dargestellt und durch gute Abbildungen illustrirt.

In dem dritten Theil beschreiben die Verfasser die Krankheiten der Nase, der Nebenhöhle und des Nasenrachens. Die Anatomie ist mit ganz specieller Sorgfalt behandelt worden und mit Figuren ausgestattet, welche den Lesern die Topographie dieser Region ins Gedächtniss rufen.

Die Autoren unterlassen hier, die zahlreichen Verfahren gegen die meisten dieser Krankheiten zu beschreiben, aber sie geben das Verfahren an, welches ihre grosse Erfahrung sie hat vorziehen lassen. So sind sie begeisterte Anhänger der Behandlung der Ozaena durch Injectionen von Paraffin, deren Förderer sie schon anderswo gewesen sind. Jedoch sei es uns erlaubt zu sagen, dass wir nicht die Beharrlichkeit begreifen, mit welcher sie immer das in der Wärme geschmolzene und bei ungefähr 55⁰ schmelzbare Paraffin dem kalten Paraffin von 45⁰ Schmelzpunkt vorziehen. Die Vortheile unserer Methode springen derart in die Augen, dass wir die Ueberzeugung haben, dass das ursprüngliche Verfahren, das nicht frei von Gefahren ist, bald vollständig aufgegeben sein wird.

Für die Entfernung der Siebbeingeschwülste empfehlen die Verff. die Siebbeinexstirpation nach dem Moure'schen Verfahren, eine ausgezeichnete Operation, welche endgültig Bürgerrecht erworben hat. Die Entfernung der Scheidewandvorsprünge wird am besten mit Hülfe des Hobelmeissels ausgeführt, welcher ebenfalls von Moure zum ersten Male angewandt und empfohlen wurde. Mit Bezug auf die Behandlung der Abweichung der Scheidewand rathen die Verff. zu einem mucocartilaginösen Resectionsverfahren, welches ihnen besser als die Killian'sche Methode erschienen ist.

Die Pathologie der Nebenhöhlen bildet ebenfalls ein Capitel, das man mit Nutzen um Rath fragen wird. Im Falle von Eiterungen der Highmorshöhle, welche nicht durch wiederholte Waschungen durch die natürliche oder künstliche Oeffnung heilen können, rathen sie die Operation nach Claoué oder die mehr radicale Caldwell-Luc'sche Methode an. Die Ogston-Luc'sche Methode hat ihnen in der Mehrzahl der Fälle von Stirnhöhlenempyem gute Resultate gegeben. Verfahren, wie das Killian'sche und Kuhnt'sche, dürfen nur Ausnahmeverfahren sein, die nur dann indicirt sind, wenn die Ogston-Luc'sche Methode versagt. Im Fall von complicirter Stirnhöhleneiterung mit Siebbeineiterung ist ihnen die Siebbeinentfernung als das auserlesene Verfahren erschienen.

Ausgezeichnet behandelt, reich an Gedanken und praktischen Winken, findet dieses werthvolle Lehrbuch allerorten eine günstige Aufnahme und ist bestens zu empfehlen. Broeckaert.

---

b) Uffenorde. Die Erkrankungen des Siebbeins. Jena, 1907.

Verf. beginnt die Einleitung seines Buches mit der Bemerkung, dass die Rhinologie die Würdigung, die man ihr neuerdings angedeihen lässt, dem grossen Fortschritt verdankt, den die Erkenntniss und die Therapie der Erkrankung der Nasennebenhöhlen in der jüngsten Zeit gemacht hat.

Dieses Wort hat gewiss seine Berechtigung. Weshalb sollte nicht auch hier wie überall die Vertiefung unserer Erkenntniss und die Erweiterung unseres Könnens gebührende Anerkennung finden? Aber es scheint fast, als ob auch bei dieser Gelegenheit von mancher Seite auf das Können mehr Nachdruck gelegt wird als auf das Erkennen, und das bedeutet gerade für unsere Disciplin eine ernste Gefahr. Weiss doch ein Jeder, welchen Schaden eine allzu energische operative Bethätigung schon oft in den grossen chirurgischen Disciplinen, in der allgemeinen Chirurgie und Gynäkologie angerichtet hat, und hier fehlt es doch wahrlich auch bei strengster Indicationsstellung nicht an Raum und Gelegenheit zu grossen und grössten Eingriffen. Wieviel gefährlicher dürfte es sein, wenn dieser Furor operativus mit seinen dehnbaren Indicationen sich auf ein Gebiet wirft, das, wie das unsrige, nur selten zu einer grosszügigen chirurgischen Bethätigung Gelegenheit bietet. Unser Verfasser hat diese Klippe an den gefährlichsten Punkten mit Glück und Geschick vermieden, hin und wieder aber scheint er mir doch über das Maass des Nothwendigen und Wünschenwerthen hinaus zu gehen.

Die Uffenorde'sche Monographie wendet sich an specialistisch vorgebildete Aerzte. Dementsprechend setzt er seinen Kapiteln über die Anatomie, über die Physiologie und die Entwicklungsgeschichte des Siebbeins die Bekanntschaft der grundlegenden Daten voraus. Bei Besprechung der einzelnen Punkte aber vermeidet er immer geschickt eine allzu eingehende Detaillirung; er giebt nie mehr, als die auf rein practische Tendenzen gerichtete Arbeit seines Buches erfordert.

Der klinische Theil beginnt mit einer kritischen Darstellung der Discussion über die Entstehung der Nasenpolypen. Der Verf. steht in dieser Frage, die mit musterhafter Klarheit behandelt wird, ganz und gar auf Seite von Hajek und Zuckerkandl. Woakes' Auffassung, die primäre Knochenerkrankung, wird mit aller Energie zurückgewiesen, ebenso die Schlussfolgerungen von Grünwald, Cholewa und Cordes, soweit sie von denen Hajek's abweichen.

Während Grünwald seiner Zeit dafür plädirte, dass Polypenbildung fast ausnahmslos auf irgend eine Herderkrankung zurückzuführen sei, steht Verf. auf dem Standpunkt, dass die Schleimhaut durch das eitrige Secret bei Nebenhöhlenerkrankungen ganz und gar nicht zur Hyperplasie und Polypenbildung, sondern zur Atrophie geführt werde. Dort, wo Empyeme der Nebenhöhlen mit Polypen zusammen gefunden werden, dürfte nach U.'s Auffassung das Empyem das Secundäre sein. Deshalb empfiehlt Verf. die hyperplastische Form der chronisch

entzündlichen Siebbeinerkrankung, trotz eventueller Uebergangsformen principiell von der eitrigen Form zu trennen.

Die Auseinandersetzungen des Verf. über diese Frage sind zweifellos von grossem Interesse, weichen sie doch von den bisherigen Anschauungen nicht unwesentlich ab. Wir geben gern zu, dass die Schleimhaut der Nase bei chronisch eitrigen Nebenhöhlenerkrankungen vielfach eine ausgesprochene Atrophie zeigt. Aber häufig genug sieht man doch neben dieser ausgesprochenen Atrophie der unteren Muschel eine ebenso unzweifelhafte Hyperplasie der mittleren Muschel, des öfteren auch einen einzelnen oder mehrere Polypen gerade an der Stelle, die von dem eitrigen Secret am meisten irritirt wird. Ref. hat bei solchem Befunde kaum jemals den Eindruck gehabt, dass die Polypen das Primäre, die Eiterung das Secundäre seien. Uebrigens kann man doch auch bei ganz acuten Processen gelegentlich beobachten, dass bei einer Herdeiterung die umgebende Schleimhaut zn hyperplastischer Production angeregt wird.

Die Indicationen, die Cordes für die Abtragung der mittleren Muschel aufgestellt hat, erscheinen Verf. „als viel zu weit gestellt." Dieselbe frische Bestimmtheit zeigt später die Abhandlung über das Verhältniss der Ozaena zu den Nebenhöhlenerkranknngen; die Entscheidung Uffenorde's fällt, wie nicht anders zu erwarten war, für Hajek-Zuckerkandl gegen Grünwald. Bemerkenswerth ist noch, dass Verf. die Ozaena des öfteren mit adenoiden Vegetationen combinirt gesehen hat, während doch von anderer Seite behauptet wird, dass Ozaena und adenoide Vegetation sich gegenseitig ausschliessen. Die Warnung vor operativen Eingriffen bei Ozaena kann nur auf's Wärmste unterstützt werden.

Das Wesentlichste an dem ganzen Werkchen ist aber das Kapitel über die Therapie. Hier giebt der Verf. eine Art von Glaubensbekenntniss, „er ist sich bewusst, einen zum Theil bislang nicht geübten radicalen Standpunkt zu vertreten", — — „da hier jede conservative Methode fruchtlos, ja schädlich ist". Hier ist meines Erachtens der Punkt, wo der Autor der Gefahr, welche der Drang nach einer operatizen Bethätigung mit sich führt, erlegen ist. Nach meinen Erfahrungen wenigstens, die ich, ohne operationsscheu zu sein, in einer mehr als 20jährigen Bethätigung an einem wenigstens ebenso grossen Material gesammelt habe, kommt man mit weniger radicalen Eingriffen vielfach zu demselben Resultat.

U. empfiehlt bei Ethmoid. hyperpl. aus prophylactischen Gründen radical zu operiren, um den üblen Folgezuständen von Seiten der Lungen und des Herzens vorzubeugen. Als solche Folgezustände werden angegeben: andauernder chronischer Bronchialkatarrh, eventuell mit Emphysem, Bronchiectasien, Dilatatio cordis, Asthma, Magenstörungen, Neigungen zu Influenza, Pneumonie u. s. w. — Ist auch von vorneherein zuzugeben, dass all' diese Affectionen hie und da einmal als Folgeerscheinungen der Ethmoid. hyperpl. auftreten können, ist auch weiter zuzugeben, dass bei jeder chronischen Bronchitis eine Nasenuntersuchung nothwendig ist, so muss ich doch hervorheben, dass ich bei meinem Krankenmaterial auch nicht annähernd soviel schwere Complicationen gesehen habe, wie U. angiebt (unter 50 Fällen 16 mal Bronchitis und 12 mal Bronchialasthma). Ich glaube, dass man „dem armen Wesen, welches immer mehr und unaufhaltsam an den Folgen der Nasennebenhöhlenaffection in den Lungen mit Herzveränderungen hin-

siecht“, in der Praxis nicht allzu oft begegnen wird. Und wenn U. sein radicales Vorgehen noch auf „die besonders schweren Fälle“ beschränken würde, dann liesse sich vielleicht noch eine Einigung erzielen. Aber wenn er auch bei einem solitären Polypen, der aus dem Infundibulum kommt, dazu räth, diesen nicht einfach mit der Schlinge zu evolviren, sondern mit einer Stanze erst den Proc. uncinat., dann die vordere Begrenzung der Stirnbucht, event. auch noch die Bulla ethmoid. zu entfernen und die benachbarten Zellen zu eröffnen, um zu sehen, ob diese gesund sind — dann muss ich sagen, dass mir hier die Prophylaxe über das Ziel hinauszuschiessen scheint. Ich wenigstens würde, wenn ich einen solitären Polypen in der Nase hätte, mich mit der einfachen Schlingenextraction begnügen, selbst auf die Gefahr hin, dass diese nach 2 Jahren noch einmal wiederholt werden muss. Von den zwei Uebeln, unter denen man in dieser Situation zu wählen hat, scheint mir das bisher übliche Verfahren das bei Weitem kleinere zu sein. Ausserdem glaube ich, dass die Gefahr eines Recidives, besonders bei solitären Polypen, doch nicht gar so gross ist, wie U. annimmt. Nach seiner Schilderung macht es fast den Eindruck, als ob es selbstverständlich sei, dass jeder Polyp nach der einfachen Schlingenextraction wiederwächst und das entspricht doch durchaus nicht den Thatsachen. Andrerseits bietet doch auch die Uffenorde'sche Methode, so radical sie ist, absolut keine sichere Garantie gegen die Wiederkehr der Polypen.

Auch gegenüber der Therapie der eitrigen Ethmoiditis habe ich einige Einwendungen zu machen. So betont U. immer und immer wieder, dass er bei allen Fällen von Polypenbildung mit eitrig schleimigem Secret principiell die Kieferhöhle punktire. Ich halte diesen Standpunkt nicht für richtig. Die Erfahrung hat gezeigt, dass auch Meistern des Faches bei der Punction der Kieferhöhle unangenehme Ueberraschungen nicht erspart bleiben; es ist also dieser Eingriff durchaus nicht so ganz belanglos, wie er gewöhnlich geschildert wird. Aber selbst wenn er das wäre, würde ich den „principiellen“ Standpunkt Uffenorde's ablehnen müssen. Die relative Harmlosigkeit eines operativen Eingriffes genügt nicht zu seiner Rechtfertigung. Nicht die Möglichkeit, sondern erst die durch anderweitige, harmlosere diagnostische Anzeichen erhärtete Wahrscheinlichkeit einer Kieferhöhlenerkrankung betrachte ich als eine genügende Indication für ihre Punction.

Bei der Therapie des Kieferhöhlenempyems vermisse ich die Erwähnung der breiten Eröffnung des Antr. Highmori vom unteren Nasengang aus, die mir seit einiger Zeit gute Erfolge verschafft hat in Fällen, bei denen ich früher sicher nur von einer Radicaloperation Heilung erwartet hätte. U. scheint die Ausspülung der eröffneten Kieferhöhle der Trockenbehandlung vorzuziehen. Interessant wäre es auch gewesen, wenn uns der Verfasser noch mitgetheilt hätte, welchen diagnostischen Werth er der Röntgenphotographie bei Erkrankungen der Nebenhöhlen zumisst.

Habe ich somit in einigen Punkten eine andere Auffassung gewonnen, als Uffenorde, so stimme ich ihm mit um so grösserer Genugthuung in dem allerwesentlichsten Punkte bei: Gerade so wie er, bin ich der Ansicht, dass man in den allermeisten Fällen mit endonasalen Eingriffen auskommen wird. Allerdings

wird man hier nicht immer auf eine volle anatomische Heilung rechnen können, aber in den allermeisten Fällen wird man die Beschwerden des Patienten ganz oder fast ganz beheben und die Gefahren bedrohlicher Complicationen ausschalten können. Nur für wirklich sehr ernste und schwere Erkrankungen reservire man die extranasalen Methoden, für die ich die Indication allerdings auch noch etwas enger stellen möchte als es U. thut. Aber nachdem ich gelesen habe, wie richtig U. den Ernst und die Schwere dieser Operationen beurtheilt, die durchaus nicht, wie das von mancher Seite geschieht, als harmlose, kleine Eingriffe hingestellt werden dürfen, nachdem ich gelesen habe, dass U. ebenso wie ich selbst die Radicaloperation durchaus nicht als gleichbedeutend mit der Radicalheilung betrachtet — hoffe ich, dass sich unsere Ansichten in der hoffentlich recht bald erscheinenden zweiten Auflage noch mehr genähert haben werden.

Die Capitel über die syphilitischen und tuberculösen Erkrankungen des Siebbeins und über die Tumoren in dieser Gegend geben ein klares und übersichtliches Bild von der einschlägigen Materie.

Ich habe den Herrn Herausgeber dieses Centralblattes ausdrücklich gebeten, die Drucklegung dieser eingehenden, in Form und Inhalt vielleicht von dem sonst üblichen Schema etwas abweichenden Besprechung ausnahmsweise zu gestatten, weil ich die Uffenorde'sche Arbeit trotz meiner in manchen Punkten abweichenden Ansicht sehr hoch einschätze, und weil uns Klarkeit auf diesem Gebiete dringend noth thut; die Behandlung der Nebenhöhlenfragen ist eine Klippe, wie unsere Disciplin solche in der kurzen Zeit ihres Bestehens schon des Oefteren gehabt hat; wir können sie geschickt umgehen, und es wird unser Ansehen mehren, wir können aber auch daran scheitern und unseren guten Namen schweren Schaden zufügen! — Darum empfehle ich das Uffenorde'sche Buch dringend der Aufmerksamkeit der Herren Collegen: Tua res agitur!

A. Kuttner (Berlin).

---

c) John Johnston Kyle. A manual of diseases of the ear, nose and throat. II. Edition. Blabiston Son & Co. Philadelphia.

Die Thatsache, dass innerhalb eines Zeitraums von anderthalb Jahren bereits die zweite Auflage dieses Buches nöthig wurde, spricht dafür, dass es einem Bedürfnisse entspricht. Einer der Hauptfehler in der ersten Auflage war die constante Verstümmelung der Eigennamen. Diesem Fehler ist, freilich noch nicht vollständig, im vorliegenden Buche abgeholfen worden. Ausgezeichnet ist die Eintheilung des Buches in Unterabschnitte; ein Drittel ist den Ohrenkrankheiten gewidmet.

Energisch möchten wir gegen die Anwendung der Localanästhesie bei der Entfernung der adenoiden Vegetationen protestiren. Ref. räth, vor der Operation eine 10—20proc. Lösung von Cocain mit einer 1prom. Adrenalinlösung in den Nasenrachenraum zu appliciren. Wir sind auf einen Todesfall in Folge Cocainvergiftung aufmerksam gemacht worden, der neulich bei einer solchen Gelegenheit sich im Sprechzimmer eines Arztes ereignet hat. Auch können wir uns nicht mit der Anwendung von Trichloressigsäure bei der als Angina Vincenti bekannten

Affection einverstanden erklären und wir vermissen die Erwähnung der localen Jodbehandlung bei dieser Krankheit.

Im Ganzen ist das Buch sehr zu empfehlen. Der Druck ist gut, die Illustrationen trefflich ausgeführt und das Format sehr handlich.

Emil Meyer.

---

d) Pariser laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Januar 1907.

Vorsitzender: Gallé.

Paul Laurens: Ueber einen Fall von spastischer Coryza mit Pollantin behandelt.

In einem Fall von spastischer Coryza, die jeder Behandlung widerstanden hatte, konnte Verf. eine Heilung mit intranasalen Insufflationen von Pollantinpulver erzielen.

Parquier: Ueber einen Fall von Myopathia facio-scapulo-humeralis mit vorherrschenden Nasensymptomen.

Beobachtung eines 29jährigen Mannes, der seit 9 Jahren an Myopathieen des Gesichts, Schulter und Arm leidet. Ein Hauptsymptom ist die Abplattung der Nasenflügel gegen das Septum, wodurch eine völlige Verlegung der Nasenlöcher bewirkt wird. Es besteht Atrophie der Nasenschleimhaut und der Muscheln. Pat. athmet durch den Mund.

Sitzung vom 17. Februar 1907.

Castex: Krankenvorstellungen: 1. Tumor des Rachens und des Cavums, diffuses Gummi.

2. Epitheliom der Zungenbasis bei einer Frau.

3. Tuberculöse Laryngitis bei einem 13jährigen Mädchen.

4. Alte nervöse Aphonie mit Atrophie der Stimmbänder.

5. Vicariirendes Nasenbluten bei einer Frau, bei der seit acht Monaten die Menses ausgeblieben sind.

Luc: Crico-Thyreotomie ohne allgemeine Anästhesie und ohne Trachealcanüle wegen eines Larynxepithelioms bei einem 72jährigen Mann.

Es wurde unter Scopolamin-Morphium-Narkose und Cocain operirt.

Monnier: Grosser Schleimpolyp der Nase bei einem 14jährigen Patienten mit Zeichen hereditärer Syphilis in der Nase.

Sitzung vom 12. April 1907.

Glover: Traumatische Laryngitiden nach Intubation beim Kind und Larynxverengerungen.

Cauzard: Das Alypin in der Oto-Rhino-Laryngologie.

C. kommt nach seinen Erfahrungen mit dem Alypin zu demselben Urtheil über seine Anwendbarkeit in der Oto-Laryngologie, wie die anderen Autoren, die darüber publicirt haben.

Paul Laurens: Neue Befestigung der Lampen an dem Clar'schen Spiegel.

A. Cartez.

---

e) **Oto-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.** Arbeitsjahr 1907*).

Der Vorsitzende wird für jede Sitzung gewählt.
Schriftführer: Gunnar Holmgren.

Sitzung vom 17. Januar 1907.

Lagerlöf demonstrirt einen Fall von chronischem Oberkieferhöhlen-Empyem und einen von chronischem Stirnhöhlen-Empyem, beide mit gutem Erfolge operirt, der erste nach Dencker, der zweite nach Killian.

Strömberg berichtet über einen Fall von Kehlkopfkrebs bei einem 62 jährigen Manne, der voriges Jahr (November) durch Laryngofissur operirt war. Zu dieser Zeit war kein Recidiv zu sehen. Nach späteren Mittheilungen konnte man doch Mitte Februar 1907 solches constatiren; Ende dieses Monats erlag der Patient einer Pneumonie, die einer zweiten Operation (Totalexstirpation) folgte.

Stangenberg berichtet über 2 Fälle von Cancer laryngis.

Sitzung vom 21. Februar 1907.

G. Holmgren stellt einen Fall von multiplen Gummata in der Nase, im Pharynx und harten Gaumen vor.

Flodgoist stellt einen Fall von mikroskopisch und klinisch diagnosticirtem Kehlkopfkrebs bei einem 33jährigen Manne vor, der mit halbseitiger Larynxexstirpation operirt war; der Patient lebt noch (Januar 1908) recidivfrei.

Sitzung vom 21. März 1907.

G. Holmgren zeigt einen Fall von congenitalem Defect in der Nase und im weichen Gaumen vor.

Sitzung vom 18. April 1907.

Stangenberg zeigt einen Fall von inoperablem Cancer der rechten Oberkieferhöhle bei einem 28 jährigen Manne. Die klinische Diagnose war mikroskopisch bestätigt.

Ek berichtet über einen Fall von Kiefercyste.

Sitzung vom 16. Mai 1907.

Arnoldsson stellte einige Fälle von chronischem Kieferhöhlen-empyem vor, die endonasal mit gutem Erfolg operirt waren.

---

*) In diesem Bericht werden nur solche Vorträge aufgenommen, die rhino-laryngologisches Interesse haben.



Lagerlöf demonstrirte einen Fall von ulcerösem doppelseitigem combinirtem Nebenhöhlenempyem, das nach Killian und Luc-Caldwell operirt war.

G. Holmgren zeigte einen Fall von Narbenstenose im Nasopharynx, wahrscheinlich auf Lupus basirend, der schon vor 20 Jahren diagnosticirt, jetzt aber vollständig geheilt ist.

Sitzung vom 19. September 1907.

Arnoldsson stellte einen Fall von pyogener Cysta mediana colli mit persistirendem Ductus thyreo-glossus, einen Fall von Ankylosis des linken Crico-arytaenoidgelenkes mit unsicherer Aetiologie und einen Fall von Lues cerebri, complicirt mit Larynxsymptomen (Pachydermie und doppelseitige Posticuslähmung) vor.

Sitzung vom 24. October 1907.

Flodgoist zeigte a) einen Fall von chronischer Oberkieferhöhleneiterung, der durch den unteren Nasengang mit gutem Erfolge operirt war; b) einen Fall von multiplen Papeln im Larynx.

Stangenberg demonstrirte ein Präparat von gummöser Infiltration des linken Taschenbandes.

Holmgren berichtete über 10 Fälle von Angina ulcero-membranacea. Der Vortrag ist in Hygiea publicirt.

Arnoldssen demonstrirte einen Fall von naso-pharyngealem Tumor mit Abducensparese und Reizung des Oculomotorius.

E. Stangenberg.

---

f) American Laryngological Association.

28. Jahresversammlung 31. Juni 1906 in Niagara Falls.

Vorsitzender: Joseph H. Gleitsmann.

Henry L. Swain (New Haven): Wie weit sind Abnormitäten der Nasenscheidewand an mangelhafter Function der Nase schuld?

Verf. wendet sich gegen die Neigung, für einen chronischen Katarrh eine eventuell bestehende kleine Leiste am Septum verantwortlich zu machen; er sieht ein Hauptmoment für das Zustandekommen solcher Katarrhe in den Schädlichkeiten des modernen Lebens (trockene Hitze etc.), auf deren Abstellung man bedacht sein müsse.

Charles W. Richardson: Einige Beobachtungen über nicht-traumatische Septumperforationen.

Verf. meint, dass spontane Septumperforationen besonders bei solchen Individuen vorkommen, die zur Tuberculose neigen und bei denen die Gewebe infolge gestörter Ernährung besonders leicht destruirt werden. Unter 15 Fällen befanden sich 11, in denen entweder directe physikalische Anzeichen für Tuberculose vorlagen oder eine sichere hereditäre Belastung bestand.

Cornelius G. Coakley (New York): Nasale Skiagraphie.

Demonstration von Röntgenbildern, die Erkrankungen oder Anomalien der Nebenhöhlen zeigen. C. ist der Ansicht, dass in manchen Fällen diese Untersuchungsmethode werthvollen Aufschluss giebt über Grösse, Gestalt und Zustand der Höhle und auch über die Beschaffenheit der auskleidenden Schleimhaut.

Bryson Delavan (New York): Die letzten Resultate der Radicaloperation der Nebenhöhlen.

In Anbetracht des Umstandes, dass eine grosse Anzahl von Fällen auch durch die radicalen Operationsmethoden nicht geheilt werden können, legt Verf. das Hauptgewicht darauf, dass die Practiker den acuten Fällen die grösste Aufmerksamkeit zuwenden und so das Chronischwerden der Empyeme nach Möglichkeit verhindern. Er schliesst seine Ausführungen mit der Bemerkung, dass „vernünftiger Conservatismus und langdauernde Beobachtung jedes Falles unerlässliche Factoren sind".

Price Brown (Toronto): Eine neue Operation für extreme Fälle von Septumverbiegung, nebst Vorstellung eines erfolgreichen Resultates.

B. kann die Vorzüge, die der submucösen Resection nachgerühmt werden, nicht durchaus anerkennen und plaidirt dafür, die Substanz des Septums zu erhalten; er schlägt vor, die beiden Incisionen durch eine dritte zu verbinden, die im rechten Winkel zu ihnen steht. Er bezeichnet die Operation als H-Operation.

Emil Mayer meint, die Brown'sche Operation sei eine doppelte Asch'sche Operation. Er hält die submucöse Operation für die beste. Bei sehr jungen Kindern hat er damit keine befriedigenden Resultate erzielt; auch war, wenn man an Beseitigung der knöchernen Theile käme, die Localanästhesie nicht hinreichend.

Otto T. Freer ist ein Anhänger der submucösen Resection. Auch bei kleinen Kindern hat sie sich ihm bewährt, auch unter Localanästhesie. Mit dem Resultat bei Brown's Patienten ist er nicht zufrieden.

C. F. Theisen wendet bei Kindern unter 15 Jahren allgemeine Narkose an. Bei Deviationen, die auf das knorpelige Septum sich beschränken, war das Asch'sche Verfahren gut, bei Mitbetheiligung des Knochens giebt die submucöse Resection bessere Resultate.

John O. Roe (Rochester): Die Ethmoturbinalzellen vom klinischen Standpunkt betrachtet.

R. giebt eine Uebersicht über die durch Knochenauftreibungen der mittleren Muschel hervorgerufenen Symptome und die Behandlung dieser Affection.

Frederic E. Hopkins: Frontonasale Encephalocele.

Bei einem 11 Monate alten Kinde bestand eine Schwellung über dem rechten Nasenbein, die als congenitale Cyste betrachtet wurde. H. fand in der rechten Nasenhöhle eine an der äusseren Wand nahe dem hinteren Ende der unteren Muschel aufsitzende Geschwulst, die mit der kalten Schlinge entfernt wurde. Jetzt

entdeckte man einen kugeligen Tumor in der Höhe der mittleren Muschel von glatter Oberfläche, grauer Farbe und halbdurchscheinend. Druck auf die Schwellung in der Nase verursacht eine Zunahme der Schwellung aussen über dem Nasenbein. Es wurde die Diagnose auf Hernia cerebralis gestellt. Aus der Nase tropfte Cerebrospinalflüssigkeit, ungefähr 4 Tropfen in der Minute. Nach 2 Wochen starb das Kind an Meningitis. Von Seiten der anatomischen Pathologen wurde das entfernte Stück für einen Theil der Meningen erklärt.

James E. Newcomb (New York): Erkrankungen der Trachea.

N. spricht über Anomalien, Blutungen, Entzündungen und Infectionen. Er erwähnt Perichondritis bei Typhus, Tuberculose oder Syphilis, ferner Dermatosen, wie Erythema nodosum, Herpes, Impetigo herpetiformis, Erythema multiforme, Lichen ruber und angioneurotisches Oedem. Er bespricht ferner die Ozaena trachealis, Trachealhämorrhagien infolge Influenza, die Tuberculose der Trachea, die in einigen Fällen primär beobachtet worden ist, die syphilitischen Veränderungen in der Trachea und die tracheoskopische Diagnose derselben.

Clement F. Theisen (Albany): Trachealtumoren.

Es existiren Mittheilungen über 135 Fälle, von diesen betreffen 89 gutartige und 46 bösartige Tumoren. Unter ersteren werden erwähnt Fibrome, Lipome, Papillome, Ecchondrome und Chondroosteome, Adenome, intratracheale Strumen und Lymphome; unter den bösartigen Sarkome und Carcinome. Von den intratrachealen Strumen wurden bisher 10 berichtet. Die Papillome kamen meist bei Kindern vor und waren zweifellos angeboren, das Lipom der Trachea wird nur einmal erwähnt, das Fibrom dagegen 24mal. Die Carcinome kommen am häufigsten in der medullären Form vor, gelegentlich auch als Cylindrom; Sarkome konnte Th. 18mal berichtet finden.

William W. Simpson (New York): Trachealstenosen.

S. bespricht die Stenosirungen der Trachea von aussen und von innen und ihre Symptome, besonders auch den Unterschied im Charakter der Dyspnoe bei Stenosen des Larynx und der Trachea, ferner die Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der verschiedenen Dilatationsmethoden.

A. Coolidge (Boston): Fremdkörper und Tracheoskopie.

Redner giebt einen Ueberblick über die Geschichte der Tracheoskopie und Bronchoskopie, demonstrirt einige Modificationen des Instrumentariums, die sich ihm nützlich erwiesen haben und berichtet über drei Fälle von Fremdkörpern, in denen ihm die Extraction glücklich gelang.

Emil Mayer verfügt über fünf persönliche Erfahrungen von Bronchoskopie. In einem handelte es sich um einen Melonenkern bei einem 10 Monate alten Kinde.

Thomas J. Harris (New York): Larynxfibrom bei einem 5 Jahre alten Kinde; Recidiv in Form eines Papilloms; Laryngofissur; Heilung.

Die Anfangsgeschichte des Falles ist der Gesellschaft bereits vor einem Jahre

mitgetheilt worden. Sechs Monate, nachdem das Kind geheilt schien, trat wieder Stenose auf; man hielt die Ursache zuerst für Granulome; das Mikroskop zeigte, dass es sich um Papillome handelte. Es wurde dann eine Tube 6 Monate lang getragen; der Larynx ist seitdem frei.

Hudson Makuen (Philadelphia): Hysterische Stummheit.

Ein 22 jähriger Mann erhielt einen Schlag gegen die Nase und das rechte Auge; er blieb einige Stunden bewusstlos, ohne jedoch ernstlich verletzt zu sein. Dagegen hatte er das Sprachvermögen gänzlich verloren. Als M. ihn zuerst sah, bestand ausgesprochene Anästhesie des Larynx. Die Stimmbänder klafften bei der Phonation und Patient schien die Fähigkeit, zu phoniren, vollkommen eingebüsst zu haben. Mehrwöchentliche Uebungen hatten nur vorübergehend den Erfolg, dass Patient ein paar kurze Worte hauchen konnte. Es bestand ein „physiologischer Defect“ im Sprachcentrum. Im vierten Krankheitsmonat hatte Patient zwei hysterische Anfälle; in einem, der bei Nacht auftrat, stiess er in bewusstlosem Zustand nach 15 Monate langem Schweigen die ersten Worte aus. Mit der Zeit macht der Zustand Fortschritte zur Besserung.

A. B. Thrasher (Cincinnati): Kehlkopfpapillom infolge Inhalation feuriger Dämpfe.

Patient hatte vor 2 Monaten bei einer Gasexplosion eine schwere Entzündung der oberen Luftwege erlitten, von der er nur langsam genas; er wurde allmählich aphonisch. Man sah bei der Untersuchung im Larynx, der im Ganzen geröthet war, multiple Papillome. Dieselben wurden in mehreren Sitzungen entfernt. Th. verwerthet den Fall zu Gunsten einer Theorie vom entzündlichen Ursprung der Papillome.

Emil Mayer (New York): Sklerom des Kehlkopfs.

M. berichtet über einen Fall seiner Beobachtung, ein 16jähriges Mädchen aus Russisch-Polen betreffend. Sie behauptete, vor 3 Jahren bei der Ueberfahrt nach Amerika sich erkältet zu haben und seitdem heiser zu sein. Die Heiserkeit blieb constant. Es wurden massenhaft Borken ausgehustet und es bestand Dyspnoe. Von pathologisch-anatomischer Seite wurde die Diagnose auf Sklerom gestellt. M. betont, dass trotz des befriedigenden Allgemeinbefindens die Prognose schlecht ist. Da es sich um eine unheilbare und bis zu gewissem Grade contagiöse Erkrankung handelt, müssten nach Ansicht des Redners die Behörden ihre Aufmerksamkeit auf die Affection richten und die Quarantäne-Beamten Patienten mit Larynxsklerom die Landung nicht erlauben.

John M. Ingersoll (Cleveland): Zwei Fälle von im Kehlkopf eingekeilten Knochen.

Fall I. Mann mit progressiver inspiratorischer Dyspnoe, die Tracheotomie erfordert. Untersuchung am folgenden Tage zeigte völlige Abductorlähmung; ein Einblick in die Regio subglottica unmöglich. Oberhalb der Stimmlippen bestand Entzündung des Organs und zwei Ulcerationen. Jodkali blieb ohne jeden Effect. Einen Monat später Exitus infolge septischer Pneumonie. Autopsie zeigte ausser



den septischen Veränderungen einen Knochen von annähernd dreieckiger Form in einer Höhle der Hinterwand des Larynx, in die ein ungefähr 2 cm im Durchmesser messendes Geschwür führte. Die Anamnese hatte nichts für die Aspiration eines Fremdkörpers ergeben.

Fall II. Auch in diesem Fall wurde wegen Dyspnoe die Tracheotomie gemacht; man sieht nichts weiter, als unterhalb der Stimmlippen eine graurothe Fläche. Schliesslich wurde die Laryngofissur gemacht und man fand einen Knochen eingekeilt auf der rechten Seite der Trachea, dicht unter dem Larynx. Heilung. Auch in diesem Fall fehlte jede positive Anamnese.

J. E. Rhodes (Chicago): Sarkom des Nasenrachens; Behandlung mittels Adrenalininjectionen.

22jährige Frau; im Nasenrachen bestand eine Geschwulst, die vollkommen die Choanen verlegte und grosse Schmerzen verursachte, profuse Absonderung und alle Symptome einer chronischen Sepsis. Das Mikroskop ergab, dass es sich um ein Spindelzellensarkom handelte. Da eine Operation aussichtslos schien, so entschloss sich R., Adrenalin mittels einer langen Nadel durch die Nase hindurch in die Geschwulst zu injiciren. Die Symptome liessen bei dieser Behandlung erheblich nach, doch starb Patient nach 2 Monaten an Erschöpfung. Vorsicht ist bei längerem Adrenalingebrauch insofern geboten, als danach bisweilen Arteriosklerose auftreten soll.

Fletcher Ingals hat ausgezeichnete Resultate von Injectionen von Milchsäure bei Nasopharyngealsarkomen gehabt. Er beginnt mit 15proc. Lösungen und steigt bis 35proc.

Otto J. Freer: Die Entfernung der adenoiden Vegetationen durch die Nase mittels einer neuen Methode.

F. verwirft die gewöhnlichen Operationsmethoden und die üblichen Ringmesser und Curetten. Er hat eine Zange angegeben, mit der er von der Nase aus operirt; sie ist eine Modification der von Ingals zur Entfernung von Knochen aus der Nase angegebenen Zange. Verf. operirt unter Chloroformnarkose combinirt mit Anästhesie durch 10proc. Cocain.

William Lincoln (Cleveland): Mundathmung.

L. geht davon aus, dass viele Kinder auch nach Entfernung der adenoiden Vegetationen und hypertrophischen Tonsillen Mundathmer bleiben. Er führt das darauf zurück, dass eine solche Umgestaltung des knöchernen Gesichtsskeletts, hauptsächlich des Ober- und Unterkiefers stattgefunden hat, dass die Thätigkeit des Rhinologen allein nicht Abhülfe schaffen kann, und kommt zu dem Schluss, dass hier der Dentist in Thätigkeit treten und für Wiederherstellung der normalen Weite und Gestalt der Kieferbögen sorgen muss.

J. H. Bryan (Washington): Maligne Erkrankung der Zunge.

Bericht über zwei Fälle: Fall I: 60jähriger Mann mit indurirtem Geschwür am rechten Rand der Zunge im hinteren Drittel. Diagnose lautete auf Carcinom. Butlin in London hatte nach vorhergehender Laryngotomie die ganze rechte Zungenhälfte exstirpirt. Nach 7monatigem Wohlbefinden zeigte sich eine

Schwellung auf der gegenüberliegenden Seite des Halses. Diese wurde entfernt; am nächsten Tage Hemiplegie; Exitus infolge Pneumonie 48 Stunden nach der Operation.

Fall II: 70jähriger Mann mit Geschwulst auf der Zungenbasis und Oedem der Epiglottis. Auf der linken Halsseite geringe Drüsenschwellung. Die mikroskopische Untersuchung ergab Carcinom. Bei der Operation nach Kocher zeigte sich, dass die Geschwulst der Zunge und nicht der Epiglottis aufsass. Acht Monate später befindet sich Patient ziemlich wohl, nur ist die Articulation schwierig.

J. L. Goodale (Boston): Untersuchung des Halses bei chronischen Allgemeininfectionen.

G. bespricht den Zusammenhang zwischen infectiöser Arthritis und Tuberculose der lymphatischen Halsorgane. Er berichtet über 10 Fälle, in denen tuberculöse Halsdrüsenaffectionen bei gleichzeitigem Befund von Tuberkelbacillen in hyperplasirten Tonsillen mit oder ohne sichtbare Veränderungen in diesen bestanden und wo nach Entfernung der Tonsillen die Drüsenaffectionen nicht verschwanden und ferner Fälle, wo Cervicaldrüsen nach Entfernung von subacut oder chronisch entzündeten Tonsillen verschwanden. G. wendet sich dann der Rolle zu, die den Tonsillen als Eingangspforte für den Erreger des Rheumatismus zukommt. Er macht auf die Fälle von infectiösem Rheumatismus aufmerksam, bei denen sich pathologische Veränderungen an den Tonsillen fanden, die im Allgemeinen charakterisirt werden können als Retention von Detritus in den Lacunen mit oder ohne Vergrösserung der Tonsillen.

George B. Wood (Philadelphia): Aetiologie der Hyperkeratose der Tonsillen.

W. wendet sich gegen die Auffassung der Erkrankung als eine Leptothrixinfection. Es handelt sich vielmehr um eine Hyperkeratose des die Tonsillenkrypten auskleidenden Epithels. W. ist der Ansicht, dsss das Kryptenepithel die primäre Quelle der Lymphocyten darstellt; er betrachtet als Ursache eine Herabsetzung der functionellen Activität der Tonsille, während ein Theil des Kryptenepithels noch sein physiologisches Wachsthum fortsetzt.

T. H. Halsted (Syracuse, N. Y.): Mischgeschwulst des weichen Gaumens.

Bericht über den Fall eines 55jährigen Mannes, der über Halsschmerz und Heiserkeit klagt. Die linke Tonsille und Umgebung sah aus, wie bei Peritonitis; nachdem die Entzündung abgeklungen war, sah man, dass die linke Tonsille hochgradig vergrössert war. Am grössten war die Schwellung im weichen Gaumen; sie drängte die hinteren Gaumenbögen nach hinten und verlegte die linke Seite des Nasopharynx; der Tumor war hart und höckrig. Es bestanden keine Drüsenschwellungen. Der Tumor wurde ohne Schwierigkeiten unter Localanästhesie entfernt. Nach Verlauf von 11 Monaten kein Recidiv. Die mikroskopische Diagnose lautete auf Cylindrom, wahrscheinlich seinem Ursprung nach in Zusammenhang mit der Parotis.

Thomas Hubbard (Toledo): Fälle von Sarkom.

Bericht über zwei Fälle. Fall I betrifft ein gemischt-zelliges Sarkom, das sich dicht oberhalb der linken Tonsille entwickelt hatte, unter Schleich'scher Anästhesie exstirpirt wurde und nach 10 Monaten nicht recidivirt war. Im Fall II war einem 30jährigen Mann die anscheinend hyperplasirte Tonsille entfernt worden; es traten danach Schwellungen der Halsdrüsen auf, die sich als sarkomatös erwiesen. Patient ging nach 2 Jahren zu Grunde.

29. Jahresversammlung Washington 7. bis 9. Mai 1907.

Vorsitzender: Arthur W. De Roaldes (New Orleans).

J. W. Gleitsmann: Tuberculose der Nasennebenhöhlen.

Eine Uebersicht über die in der Literatur erwähnten Fälle. Unter 20 Antrumfällen fand sich 12mal Tuberculose der Nasenknochen oder des Oberkiefers; in 8 wurden Tuberkelbacillen in den Absonderungen gefunden. Es finden sich nur vier Fälle von Stirnhöhlentuberculose und einer von combinirter Siebbein- und Keilbeintuberculose. Die chirurgische Behandlung muss radical sein.

Coakley (New York) hat den von ihm mitgetheilten Fall nach $2^1/_2$ Jahren wiedergesehen, ohne dass ein Recidiv eingetreten war.

Gustav Killian (Freiburg) hat einen Fall von multipler Knochentuberculose mit Caries der linken Stirnhöhle gesehen. Nach der Operation trat Recidiv ein.

Samuel W. Langmaid: Massage des Rachens; Demonstration eines für diesen Zweck von einem berühmten Schauspieler gebrauchten Instruments.

Das Instrument hatte der vorstorbene Edwin Forest benutzt, um eine Art Massage der Rachenschleimhaut auszuüben. Es besteht in einem glatten Holzgriff mit gebogenen Enden.

Charles H. Knight: Ein Fall von doppelseitiger Abductorlähmung des Kehlkopfs.

Die Anamnese ergab eine specifische Erkrankung; nach der Behandlung trat gewisse Besserung ein. In Bezug auf die directe Behandlung dieser Affection hat K. nur mit der Intubation und Tracheotomie persönliche Erfahrungen gemacht. Die Prognose dieser Fälle ist weniger hoffnungslos, als man allgemein glaubt.

Cornelius G. Coakley: Entfernung der Kehlkopfpapillome durch directe Instrumentation nach Killian.

Verf. hat sich der Methode in 6 Fällen unter allgemeiner Narkose bedient. Man muss die Zunge mit einer Zungenzange fassen und herausziehen. Der Patient muss rücklings auf dem Operationstisch liegen, der Kopf über dem Rand des Tisches nach unten hängen. Sobald man mit der Tube in den Larynx gelangt, soll die Zunge losgelassen werden. C. hat die Entfernung multipler Geschwülste deswegen schwierig gefunden, weil das Gesichtsfeld durch Blut und Schleim verdunkelt wird. In vier von den sechs Fällen war das Resultat befriedigend.

Gustav Killian hat zwei derart behandelte Fälle unter Beobachtung. Es ist in diesen Fällen nothwendig, den Larynx zu cocainisiren; sonst contrahirt er sich bei der Berührung mit den Tuben so, dass nichts zu sehen ist. Bei recidivirenden Fällen soll lange Zeit hindurch Arsen gegeben werden. Jodkali scheint Recidiven vorzubeugen.

Fletcher Ingals hält die Tracheotomie in allen kleine Kinder betreffenden Fällen für das beste, wenn auch seine persönliche Erfahrung zeigt, dass sie vermieden werden kann.

J. Payson Clark (Boston) ist ein Anhänger der Tracheotomie und meint, dass die Papillome danoch atrophiren.

Emil Mayer hält die Stirnlampe für unpraktisch und ist mehr für die Anbringung der Lichtquelle am Handgriff, so wie es Killian gerathen hat.

Francis R. Packard: Ophthalmologische Erscheinungen bei latenten Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

G. berichtet über 9 derartge Fälle.

J. H. Bryan lässt alle seine Nebenhöhlenfälle durch einen Ophthalmologen untersuchen; er hat Lähmung der Augenmuskeln, Scotom, Gesichtsfeldverengung etc. gesehen.

C. A. Laland: Drei Cardinalsymptome von Augenerkrankungen intranasalen Ursprungs sind zu erwähnen: Astigmatismus, Ciliarreflex und Einengung des Farbenfeldes.

F. C. Cobb: Conjunctivitis kann entstehen in Folge directer Infection des Auges von der Nase aus; für den Astigmatismus mangelt es an einer befriedigenden Erklärung. Man muss auch das starke neurasthenische Moment, das bei diesen Patienten besteht, mit in Rechnung ziehen.

H. P. Mosher hält Ptosis für ein ziemlich ungewöhnliches Symptom einer latenten Stirnhöhlenerkrankung. Er hat es einmal gesehen. Er kommt zu dem Schluss, dass die Röntgenuntersuchung viel zur Aufklärung dieser Fälle beitragen kann.

John W. Farlow: Spasmus des Oesophagus.

Bericht über den Fall einer Frau, die an Speiseröhrenspasmen leidet; ein Onkel väterlicherseits und ein Bruder haben dieselben Erscheinungen. Die Anfälle begannen vor vier Jahren. Pat. wird plötzlich blass, macht einen ängstlichen Eindruck und führt ihre Hand zur Brust. Sie klagt über Schmerzen tief im Halse, die aber nicht nach dem Arm ausstrahlen. Sie ist im Stande zu sprechen; Puls und Athmung sind nicht verändert; sie ist jedoch nicht fähig, so lange der Zustand andauert, das Geringste zu schlucken. Heisse Application auf den Hals brachte Linderung, ohne jedoch den Krampf zum Verschwinden zu bringen. Nach 20 Minuten lassen die Schmerzen nach, Pat. fördert den Schleim, der sich im Hals angesammelt hatte, heraus und der Anfall ist vorüber. Redner weiss keine Ursache für die Affection und erbittet Rathschläge in Bezug auf die Therapie.

H. L. Swain hat einen ähnlichen Fall gesehen.

W. E. Casselberry hat in mehreren derartigen Fällen Cocain angewandt.

L. A. Coffin glaubt, dass es sich bisweilen um reflectorische Störungen handelt. Ein Fall wurde durch Entfernung adenoider Vegetationen geheilt.

Fletcher Ingals hat Nutzen von der Einführung dicker Bougies gesehen.

Gustav Killian meint, dass die Affection oft ihren Grund habe in Magenkrankheiten, zu hastigem Essen und mangelhafter Mastication.

Der Vorsitzende hat Speiseröhrenspasmen bei Tabes gesehen, sowohl in späteren Stadien, wie auch im Frühstadium der Krankheit. In einem seiner Fälle waren die Spasmen das erste Symptom der Tabes.

Joseph L. Goodale: Einige Betrachtungen betreffend Allgemeininfection durch den Tonsillarring.

G. hat eine Reihe von Fällen gesehen, die als Illustration für das Eindringen des Rheumatismusgifts durch die Tonsillen gelten können. Auch nach Entfernung der Gaumentonsillen kann die Infection durch die lymphatischen Gebilde der hinteren Rachenwand erfolgen. Hat das Individuum bei seinen früheren Anfällen der Allgemeinerkrankung gleichzeitig Symptome seitens des Halses gehabt, so ist dies ein Zeichen von grosser Wichtigkeit.

Casselberry meint, dass die Follikel hinter den hinteren Gaumenbögen an manchen Allgemeinerkrankungen, wie Endocarditis, Rheumatismus etc. schuld seien. Solche Follikel müssen galvanocaustisch zerstört werden.

R. C. Myles lenkt die Aufmerksamkeit auf die Cervicaldrüsen und sagt, wenn die Tonsillenerkrankung sehr ausgesprochen sei, werden die Drüsen hart; je weicher sie würden, desto wahrscheinlicher sei, dass die Infection im Verschwinden begriffen sei. Derartig afficirte Tonsillen müssen gründlich exstirpirt werden.

Fr. H. Bosworth (New York) sagt, dass erkrankte Lymphorgane zwar entfernt werden müssten, hyperplasirte aber nicht.

Emil Mayer lenkt die Aufmerksamkeit auf einen jüngst erschienenen Aufsatz, der Gesichtspunkte aufstellt, die von der Theorie, dass die Tonsillen die Eingangspforte für Tuberculose darstellen, ganz verschieden sind.

Gustav Killian: Demonstration verschiedener neuer Instrumente zur Bronchoskopie und Oesophagoskopie.

H. P. Mosher zieht es vor, die Beleuchtungsquelle am Ende der Tube zu haben.

Fletcher Ingals findet, dass das Licht am distalen Ende der Tube nicht so vortheilhaft ist.

Emil Mayer meint, das Licht würde, wenn es an dem distalen Ende angebracht ist, durch Blut und Schleim sehr beeinträchtigt, die Stirnlampe falle durch Hitze beschwerlich, am vortheilhaftesten sei daher, wenn die Lichtquelle an dem Handgriff angebracht sei. Uebungen am Cadaver hätten keinen Werth, viel nützlicher seien solche am lebenden Hunde, dem man vorher eine Morphiuminjection gemacht habe.

Killian: Der Durchmesser einer elektrischen Lampe müsse mindestens 3 mm betragen. Er hat 116 Fälle von Tracheotomie nach Bronchoskopie erwähnt ge-

funden. In diesen Fällen war die Extraction schwierig gewesen und es war nöthig gewesen, die Tube lange Zeit in situ zu lassen. Persönlich hat er niemals einen solchen Fall gehabt. Wenn es nicht möglich war, den Fremdkörper durch den Larynx zu entfernen, so musste zur Tracheotomie und auch zur unteren Bronchoskopie geschritten werden.

J. Solis-Cohen: Moderne Maassnahmen zur Exstirpation von malignen Geschwülsten des Kehlkopfinnern.

Die vorausgängige Tracheotomie ist nicht erforderlich, ausser wenn eine strenge Indication für das Tragen einer Tube nach der Operation besteht. Redner macht eine gewöhnliche Tracheotomie und incidirt dann die Haut so, dass der Larynx frei gelegt wird und eine breite Hautbrücke oberhalb der Canüle bleibt. Dadurch wird die Ausdehnung der äusseren Wunde erheblich verringert und die Vereinigung begünstigt. Es werden keine Nähte angelegt, sondern die Theile durch Pflaster aneinandergezogen. Die postoperative Behandlung ist sehr wichtig; ein geschicker Assistent sollte für die ersten 24 Stunden zur Hand sein. C. excidirt die Geschwulst en masse nebst dem Stück Perichondrium, über dem sie aufsitzt.

Fletcher Ingals: Entfernung eines Larynxcarcinoms per vias naturales vor einem Jahre ohne Recidiv.

Wenn die Verhältnisse so liegen, dass wir hoffen können, die Neubildung vollständig mittels der endolaryngealen Methode entfernen zu können, so sollte dies versucht werden. Im Fall eines Recidivs ist Operation von aussen angezeigt.

Henry L. Swain: Bericht über die Entfernung eines Kehlkopfepithelioms durch Thyreotomie vor $3^1/_2$ Jahren.

Der Titel besagt den Inhalt.

Ingals räth zu der combinirten Anwendung von Cocain und Adrenalin.

Th. Hubbard macht darauf aufmerksam, dass Adrenalin keine Blutleere nach Aetheranwendung hervorruft.

J. P. Clark verfügt über einen vor 10 Jahren operirten und recidivfreien Fall.

Delevan (New York): Die Erfahrung zeigt oft, dass auch nach 3 Jahren noch Recidive eintreten können. Er hält alle Methoden für hoffnungslos und enttäuschend. Er hofft, dass eine Behandlung gefunden werde, durch welche die Chirurgie hier überhaupt ausser Betracht gestellt würde.

C. F. Theisen: Larynxepitheliom; Totalexstirpation nach Entfernung eines Stückes der Trachea; Tod am 13. Tage an Pneumonie.

Ausser diesem Fall berichtet Th. den eines Pharynxsarkoms, der ein 8jähriges Mädchen betrifft. Der Fall war inoperabel und es wurden Toxininjectionen gemacht; aber diese hatten ebenso wenig Effect, wie andere Mittel. Tod infolge Dyspnoe. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Spindelzellensarkom mit Schwellung der regionären Lymphdrüsen.

Thomas Hubbard: Das Problem der Asepsis in der Sprechstundenpraxis.

Verf. bespricht die Desinfection der Instrumente, Herstellung steriler Lösun-

gen, die Verhütung des Rostens der Instrumente, Desinfection des Operationsfeldes etc.

Gordon King räth zur Sterilisation der Sprays.

W. F. Shappell spricht über die Gefahren, denen der Arzt durch Anhusten etc. ausgesetzt ist.

George L. Richards: Ueberblick über die gebräuchlichen Methoden zur Entfernung von Adenoiden nebst Angabe einer gründlichen, sicheren und schnellen Methode.

R. empfiehlt das Adenotom von Schoetz.

J. W. Farlow möchte das Instrument bei kleinen Kindern nicht anwenden.

D. B. Delavan hat mit dem Instrument die üble Erfahrung gemacht, dass ein Stück in den Adenoiden stecken blieb. Er zieht die Froithingham'sche Modification des Gottstein'schen Messers vor.

G. H. Makuen zeigt ein modificirtes Gottstein'sches Messer.

A. W. Watson: Geraderichtung der Nasenscheidewand.

Wenn man das Septum ohne Resection geraderichten kann, so ist dieser Weg vorzuziehen. Er beschreibt seine Methode, die darin besteht, auf der convexen Seite von hinten nach vorn, dicht hinter dem Winkel der Deviation eine gekrümmte nach oben ansteigende Incision zu machen, die nicht durch die Mucosa der concaven Seite hindurchgeht. Das Septum wird durch Tampons oder Tuben in der richtigen Lage gehalten.

Emil Mayer empfiehlt die Operation besonders bei sehr kleinen Kindern. Er führt die Incision durch die Schleimhaut der anderen Seite hindurch; er zieht Gummituben der Gaze zur Tamponade vor.

Myles kennt zwei fatal verlaufene Fälle nach submucöser Resection.

W. F. Chappell: Grosser Pharynxtumor entfernt durch Pharyngotomia subhyoidea.

Der Stiel sass der linken ary-epiglottischen Falte auf und wurde mit Seidenfäden unterbunden. Der Tumor bestand aus Bindegewebe und Rundzellen.

Gordon King: Localanästhesie bei Highmorshöhlenoperationen.

K. operirt seit 2 Jahren nach Caldwell-Luc unter Localanästhesie.

Braden Kyle: Myxofibrom des Nasenrachens.

Farlow, Watson, Gordon King berichten über ähnliche Fälle.

Robert C. Myles: Bericht über einen Fall von Zungenkrebs; Frühdiagnose; Operation; Heilung.

Es handelt sich um einen Plattenepithelkrebs bei einem 64jährigen Mann; die Operation fand vor 6 Monaten statt. Emil Mayer.

g) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. November 1907.

Sonntag: Fall von Oesophago-Trachealfistel.

Der 34jährige, auf Tuberculose und Syphilis verdächtige Patient hatte in der Trachea, dicht oberhalb der Bifurcation ein Ulcus; breiige Speisen verursachten beim Schlucken Husten und erschienen in der Trachea an der angegebenen Stelle. Tracheoskopisch konnte man an der linken Seite der hinteren Trachealwand eine Fistel feststellen, die nach oben und unten von einer Membran begrenzt wird.

Finder stellt eine Patientin mit Lymphosarkomen des ganzen lymphatischen Rachenringes vor; eine therapeutische Beeinflussung war weder durch Arsenik noch durch Röntgenstrahlen zu erzielen.

Dann zeigt er ein mikroskopisches Präparat eines Kehlkopfibroms, das von scholligen Massen braunschwarzen Pigments vollgepfropft ist.

Lebram: Fall von syphilitischem Tumor des Rachens, der besonders die Hinterwand ergriffen hatte und für ein Carcinom gehalten worden war, auf Jodkali aber vollkommen schwand.

A. Meyer: Fall von Lupus des Gaumens und Rachens.

Die 22jährige Patientin litt vor 3 Jahren an Lupus der Nase und des Rachens; in Folge dessen Verlust der Uvula; jetzt findet sich Ulceration am weichen und harten Gaumen, hinterer Rachenwand und Zahnfleisch. Die mikroskopische Untersuchung eines probeexcidirten Stückes sicherte die Diagnose.

Senator findet auch hier wieder wie gewöhnlich an der Nase nur ein einseitiges Befallensein der Nase.

E. Meyer und A. Rosenberg: Die Einseitigkeit der Nasenerkrankung ist nichts charakteristisches für Lupus.

B. Fränkel: Knabe mit Combination von Lues congenita und tuberculöser Perichondritis cricoidea.

Vor 4 Wochen aus indicatio vitalis tracheotomirt. Defect am Unterkiefer, tiefe Narben am Hals und in der Ohrgegend, Perforation des Septum und vorderen linken Gaumenbogens und anderweitige narbige Veränderungen; im Larynx wulstartige subglottische Schwellung beiderseits. Im Sputum fanden sich Tuberkelbacillen. Hier hat also auch wieder die Lues eine Prädisposition für Tuberculose geschaffen. Unter dem Einfluss der Tracheotomie hat sich die Perichondritis cricoidea auffallend gebessert.

Schötz fragt, ob Jodkali verordnet, auf Spirochaeta pallida gefahndet worden ist.

B. Fränkel: Jodkali hat der Patient nicht bekommen, auf Spirochäten zu suchen ist bei dem Mangel an Drüsen sehr schwer und im Sputum dürften sie sich wohl kaum nachweisen lassen.

E. Meyer: 1. Fall von persistirender Thymus.

7 Monat altes Kind, das seit dem 3. Monat an inspiratorischem Stridor leidet. Dämpfung über dem Sternum, auf dem Röntgenbild einen der vergrösserten Thymus entsprechenden Schatten. Dieses Kind ähnelt ungemein der Schwester, die vor 3 Jahren hier vorgestellt und an derselben Erkrankung zu Grunde gegangen ist. Beide Geschwister zeigen Strabismus, Rhachitis und Mangel an Intelligenz.

2. Eigenartiger Fall von Pachydermia laryngis.

Bei dem 77jährigen Patienten sind beide Stimmbänder verdickt, auf ihnen sieht man kreidig weisse, erhabene Beläge, mikroskopisch Verdickung und Verhornung des Epithels, Papillen, Gefässe und Drüsen vermehrt.

Albrecht zeigt ein Röntgenbild einer zweigetheilten Kieferhöhle, deren Trennungswand frontal steht; während die vordere Höhle gesund ist, ist die hintere empyematös erkrankt.

P. Heymann berichtet über mehrere derartige Fälle.

Scheier glaubt nicht, dass das Röntgenbild die Annahme eines frontal gestellten Septums in der Kieferhöhle gestattet, vielmehr ein sagittales erwarten lässt.

A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Am 3. März begeht unser treuer Mitarbeiter, Prof. Seifert, das Jubiläum seiner 25jährigen Docenten-Thätigkeit in Würzburg. Wir sprechen dem verdienten Collegen unseren herzlichsten Glückwunsch aus. Ad multos annos!

Dr. de Roaldès (New-Orleans) ist zum Commandeur der Ehrenlegion ernannt worden.

Der Herausgeber des Centralblatts ist zum Ehrenmitglied der Manchester Medical Society erwählt worden.

Neues Specialjournal.

Der Revue hebdomad. de Laryngologie etc. entnehmen wir die Nachricht, dass unter Redaction von Dr. Molinié (Marseille) ein neues Specialjournal, betitelt: „Le Laryngoscope“, das Licht der Welt erblickt hat, welches in dreimonatlichen Zwischenräumen erscheinen und an erster Stelle den allgemeinen Aerzten das Wesentliche der neueren Specialliteratur bekannt machen soll.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



Zum fünfzigjährigen Jubiläum der klinischen Laryngologie.



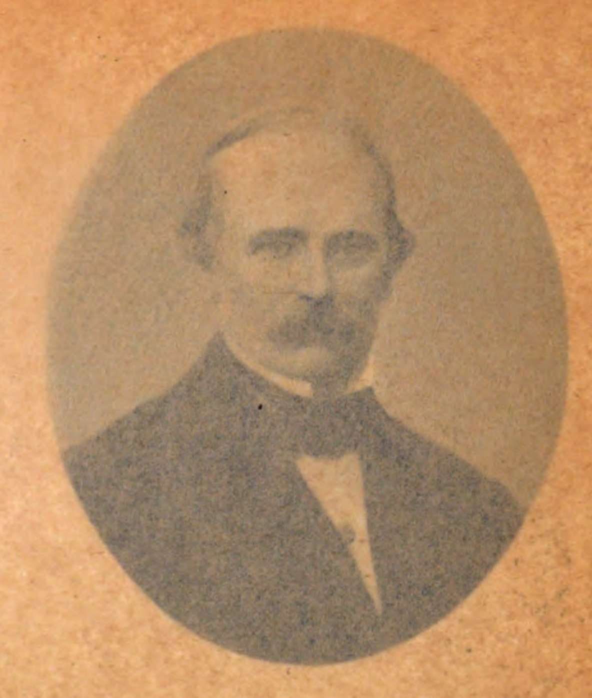
JOHANN CZERMAK
geb. 17. Juni 1828, gest. 16. September 1873.



LUDWIG TÜRCK
geb. 22. Juli 1810, gest. 25. Februar 1868.

Lichtdruck von Albert Frisch, Berlin W 35.

Zum fünfzigjährigen Jubiläum der klinischen Laryngologie.



JOHANN CZERMAK
geb. 17. Juni 1828, gest. 16. September 1873.

LUDWIG TÜRCK
geb. 22. Juli 1810, gest. 25. Februar 1868.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, April. 1908. No. 4.

I. Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress.

Türck-Czermak-Gedenkfeier.

Wien, 21. bis 25. April 1908.

In den Tagen vom 21. bis zum 25. April wird in Wien der zweite internationale Laryngo-Rhinologen-Congress stattfinden. Der erste wurde in Mailand im Sommer 1880 abgehalten, und es war beabsichtigt, eine zweite Tagung im Jahre 1882 in Paris vorzunehmen. Inzwischen aber war der Laryngologie die Stellung einer Subsection bei dem allgemeinen internationalen medicinischen Congress bewilligt worden, der in London im Jahre 1881 tagte, und der Erfolg dieser Subsection war ein so bedeutender, dass folgende von dem verstorbenen Professor Johann Schnitzler beantragte Resolution: „dass, nachdem nunmehr zum ersten Male auf einem internationalen medicinischen Congresse der Laryngologie die Gelegenheit geboten worden sei, ihr Können zu erweisen und nachdem ihr eine Position unter den anerkannten Specialiäten nunmehr völlig gesichert sei, eine Wiederholung isolirter laryngologischer Congresse nicht mehr erforderlich, es vielmehr wünschenswerth sei, den im vorigen Jahre auf dem Mailänder laryngologischen Congress gefassten Plan: einen zweiten laryngologischen Congress im Jahre 1882 in Paris abzuhalten, nunmehr fallen zu lassen“ — einstimmig angenommen wurde.

Seither sind nahezu 27 Jahre verflossen und der Verlauf der Dinge hat gezeigt, dass „der Mensch denkt, Gott lenkt“. So berechtigt die Erwartung damals schien, dass der Laryngologie nunmehr „eine Position unter den anerkannten Specialitäten völlig gesichert sei“, so wenig ist sie in Erfüllung gegangen, wenigstens soweit die internationalen medicinischen Congresse in Frage kommen. Nur zweimal ist ihr bisher widerstandslos eine mit den anderen anerkannten Specialitäten gleichberechtigte Stellung eingeräumt worden, einmal im Jahre 1890 in Berlin, einmal bei dem im nächsten Jahre bevorstehenden internationalen Congresse in Budapest. Bei allen anderen einschlägigen Gelegenheiten haben wir uns eine solche Stellung entweder unter mehr oder minder harten Kämpfen erzwingen oder uns von den betreffenden Congressen ganz fernhalten müssen, um uns nicht in eine falsche und demüthigende Lage zu bringen. Und, was das Schlimmste

ist: bei dem bedauerlichen gänzlichen Mangel an Continuität dieser Congresse ist nicht die geringste Gewähr dafür vorhanden, dass nicht schon wieder bei dem nächsten Congresse, der dem Budapester folgt, genau dieselben unangenehmen Kämpfe von Neuem aufleben werden. Dazu kommt weiterhin noch, dass im Laufe der letzten zwanzig Jahre die Frage nach dem Bestehenbleiben getrennter Sectionen für Laryngologie und Otologie oder nach deren Vereinigung bei diesen Congressen sich immer mehr zugespitzt hat, und dass die Meinungen der Specialisten selbst über sie weit auseinandergehen.

Alle diese Dinge sind in diesem Centralblatt so häufig ausführlich erörtert worden, dass wir ihrer heute nur gedenken, um zu zeigen, eine wie glückliche Idee der Wiener laryngologischen Gesellschaft es war, das Jubiläum der Begründung der klinischen Laryngologie in Gestalt der Berufung des zweiten internationalen laryngo-rhinologischen Congresses und einer mit demselben verbundenen Gedenkfeier für die Dioscuren der klinischen Laryngologie, Türck und Czermak, zu begehen. Die beiden letzten internationalen Congresse, der zu Madrid und der zu Lissabon, besonders aber der letztgenannte, sind in der That, soweit die Laryngologie in Frage kommt, kaum als internationale Zusammenkünfte zu bezeichnen, und der letzte Congress, in dem wirklich die Laryngologie der Welt vertreten war, der Pariser, liegt beinahe acht Jahre zurück. Unter diesen Umständen ist eine Aussprache über die Fragen, die derzeit im Vordergrunde des Interesses stehen, beinahe eine Nothwendigkeit geworden, und die grossartige internationale Theilnahme, die aus der in unserer Februarnummer und in der gegenwärtigen veröffentlichten Liste der bis dahin angemeldeten Congressmitglieder erhellt, bezeugt, dass dies allerorten empfunden wird. Als besonders dankenswerth muss bezeichnet werden, dass das vorbereitende Comité nicht nur Fragen von wissenschaftlichem Interesse auf die Tagesordnung gesetzt hat, sondern dass auch Fragen von socialer Bedeutung, wie „die Laryngologie und Rhinologie vom allgemeinen medicinischen Standpunkt, — Unterricht und Prüfung in diesen Fächern in den verschiedenen Staaten“ und „Internationale Laryngologencongresse“ erörtert werden sollen. Alle drei Probleme verdienen die ernsteste Erwägung jedes Fachgenossen, und obgleich auf eine vollständige schliessliche Uebereinstimmung in ihnen nicht zu hoffen ist, so ist es doch gut, dass sie zur öffentlichen Aussprache gebracht werden sollen. Definitiv schlüssig werden wir uns wohl nur hinsichtlich der letzten zu machen haben, und möchten wir uns erlauben, diejenigen, welche sich mit der schwierigen Frage nicht eingehender beschäftigt haben und vor Beginn der Discussion über die Sachlage orientirt zu sein wünschen, auf die Leitartikel des Centralblatts Band XV, 1899, Ss. 217, 269, 333, und Band XXI, 1905, S. 411, zu verweisen, welche noch heute so actuell sind, als zu der Zeit, in der sie geschrieben wurden, und welche ihre Leser genügend in die sehr complicirte Sachlage einführen werden. Hinzuzufügen ist nur erstens: die Thatsache, dass schon jetzt die Anzahl der angemeldeten Vorträge ihre Erledigung innerhalb der Dauer des Congresses äusserst schwierig erscheinen lässt, — eine Thatsache, die im Verein mit früheren gleichen Erfahrungen bei internationalen Congressen besser als irgend eine langathmige Discussion die Unräthlichkeit erweist, die Laryngologie bei diesen Gelegenheiten mit der Otologie

zu einer Section zu vereinigen — und zweitens: die Erwägung der Situation, welche entstehen würde, wenn der Wiener Congress beschliessen sollte, dass in Zukunft periodisch unabhängige internationale laryngologische Congresse abgehalten werden sollten. Würden die allgemeinen internationalen medicinischen Congresse statt alle drei Jahre, nur alle vier Jahre stattfinden, so würde keine Schwierigkeit entstehen, indem die unabhängigen laryngologischen internationalen Congresse auch einmal alle vier Jahre, und zwar je zwei Jahre nach Abhaltung eines allgemeinen Congresses tagen könnten. Bleibt aber der gegenwärtige Modus bestehen, dem zufolge der allgemeine internationale Congress alle drei Jahre tagt, so ist es schwer zu sehen, zu welchen Zeiten die internationalen laryngologischen Specialcongresse abgehalten werden können, ohne dass die beiden Veranstaltungen einander empfindlich schädigen. Denn nur wenige Specialisten dürften geneigt sein, ausser zu den nationalen Specialcongressen, ausserdem noch einmal jährlich (oder alle zwei Jahre) zu einem internationalen Specialcongress zu gehen, und wenn das selbst anfänglich beschlossen werden sollte, so steht zu fürchten, dass der Besuch bald nachlassen und die Interessen sich bedauerlich zersplittern würden. Vielleicht wird auf dem Wiener Congress ein Ausweg gefunden. Jedenfalls möchten wir der dringenden Hoffnung Ausdruck verleihen, dass der Besuch der laryngologischen Section des im Jahre 1908 in Budapest stattfindenden allgemeinen internationalen medicinischen Congresses nicht in Folge des Wiener Specialcongresses leiden wird! — Es wäre dies eine schlechte Art, unsere Dankbarkeit unseren ungarischen Specialcollegen dafür zu beweisen, dass sie es — zum ersten Male seit 18 Jahren! — durchgesetzt haben, dass der Laryngologie ohne demüthigenden Kampf eine würdige Stellung bei dem nächsten internationalen medicinischen Congress zu Theil wird, und würde ausserdem im höchsten Grade unpolitisch sein, indem mangelnde Beschickung der laryngologischen Section zu Budapest zum Vorwand genommen werden könnte, uns bei dem demnächst folgenden allgemeinen internationalen Congress neue Schwierigkeiten zu bereiten! —

Die Aussichten für den Wiener Specialcongress sind als äusserst günstige zu bezeichnen. Die lange Pause seit unserer letzten wirklich internationalen Zusammenkunft, die grosse Anzahl der bereits angemeldeten Theilnehmer, unter denen sich viele der bekanntesten Laryngo-Rhinologen aller Länder befinden, die interessanten für die allgemeinen Discussionen gewählten Themata, die Plethora der privaten Vorträge, die Anziehungskraft der alten Kaiserstadt Wien, der Wiege der Laryngologie, die bekannte Liebenswürdigkeit unserer österreichischen Collegen — alles das vereinigt sich dazu, um uns mit Freude und Erwartung dem Congress entgegensehen zu lassen. Und eine ganz besondere Weihe wird demselben dadurch aufgedrückt, dass er als Gedenkfeier der beiden Männer dienen soll, deren Bildnisse diese Nummer des Centralblatts schmückt, und die vor nunmehr fünfzig Jahren Manuel Garcia's Erfindung der practischen Medicin dienstbar machten. Der Güte unseres verehrten Mitarbeiters, des Präsidenten des Congresses, Hofraths O. Chiari, verdanken wir nachstehende Biographien Türck's und Czermak's, die wir im Folgenden etwas verkürzt wiedergeben:

Ludwig Türck wurde am 22. Juli 1810 in Wien als Sohn eines Hofjuweliers geboren. Er studirte daselbst an der Mittelschule und beschäftigte sich 2 Jahre an der Universität mit der Rechtswissenschaft. Da er diesem Studium keinen Geschmack abgewinnen konnte, trat er in die medicinische Facultät über und wurde 1836 zum Doctor der Medicin promovirt.

Sein Lieblingsstudium waren die Nervenkrankheiten. 1840 trat er als Secundararzt in das Wiener allgemeine Krankenhaus ein und machte sich durch seinen unermüdlichen Eifer und seine Tüchtigkeit bei Baron Türckheim, dem hochverdienten Leiter des medicinischen Unterrichtes in Oesterreich, sehr beliebt. Dieser setzte es durch, dass eine eigene Abtheilung für Nervenkrankheiten im allgemeinen Krankenhause gegründet wurde und dass Türck daselbst die Stelle eines dirigirenden Arztes 1843 erhielt. Dort verfasste er seine erste Arbeit über die Spinal-Irritation. 1844 reiste er nach Paris, woselbst er unter Ricord studirte. Es folgten dann eine Reihe von gediegenen Arbeiten auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten, welche grundlegend wurden. — So hat Türck die anatomischen Beziehungen zwischen den primären Herden und den secundär erkrankten Partien des Nervensystems genau erforscht. Er begründete auch die Lehre von den primären Systemerkrankungen des Rückenmarks. Er machte wichtige Entdeckungen in Bezug auf die anatomischen Localisationen der Anästhesie bei Hemiplegie, experimentelle Versuche über die Leitungsbahnen des Rückenmarks und über die Hautsensibilität und wichtige klinische Beobachtungen über Neuralgie, Hyperästhesie und das Verhalten der Herzthätigkeit bei Neuralgien etc. Durch alle diese Arbeiten sicherte er sich eine führende Stellung unter den Neuropathologen. 1849 gab er wichtige Aufschlüsse über die Ursachen der Amaurose, 1850 stellte er als Ursache der Sehstörung bei Morbus Brightii einen Exsudationsprocess in die Netzhaut fest und 1852 machte er bahnbrechende Entdeckungen über die Blutungen in die Retina bei Tumoren des Gehirnes.

Im Sommer des Jahres 1857, als er schon zum Primararzt ernannt war, kam er auf die Idee, das Kehlkopfinnere mit einem gestielten Spiegel zu untersuchen. Er untersuchte damals den Kehlkopf einer grösseren Anzahl von Patienten seiner Abtheilung. Der damals in Wien wirkende Physiologe Professor Ludwig bestätigte später, dass ihm Türck im Sommer 1857 einige der von Garcia beobachteten Erscheinungen im Innern des Kehlkopfs mehrerer Personen gezeigt habe.

Professor Johann Czermak, der damals in Wien weilte, erfuhr durch Ludwig von diesen Untersuchungen und erbat sich im Winter von 1857 auf 1858 von Türck einige der Spiegel leihweise, um sie zu physiologischen Untersuchungen in Bezug auf die Bildung der Stimme und Sprache zu benutzen. Türck stellte ihm die Spiegel gerne zur Verfügung. Czermak bestätigte auch in einem Vortrage in der Gesellschaft der Aerzte in Wien, gehalten am 9. April 1858 (Wiener medicinische Wochenschrift, No. 16 vom 17. April 1858), dass „Niemand im Zweifel darüber bleiben könnte, dass in der That Herrn Dr. Türck das Verdienst gebühre, Garcia's Untersuchungsmethode, wenigstens hier zu Lande zuerst, das ist seit Sommer 1857, zu medicinischen Zwecken auf seiner Abtheilung mit Erfolg angewendet zu haben".

Czermak hatte nämlich schon früher in der Wiener medic. Wochenschrift, No. 13 vom 27. März 1858, in einem Artikel den Kehlkopfspiegel den Aerzten zu allgemeiner Anwendung empfohlen und darüber eben am 9. April den oben erwähnten Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte gehalten.

Auf eine Reclamation Türck's hin gab dann Czermak 5 Tage nach seinem Vortrage eine Erklärung ab, welche in der Wiener med. Wochenschr. No. 16 in der Beilage veröffentlicht wurde. Es heisst darin: „Hätte ich gewusst, dass, wie ich jetzt erfuhr, derselbe seine Untersuchungen den Winter hindurch wegen mangelnden directen Sonnenlichts in seinen Krankensälen nur unterbrach, so würde ich den in No. 13 enthaltenen Aufsatz unterdrückt haben, um meiner wesentlich auf Beobachtungen an mir selbst gestützten Anempfehlung des Kehlkopfspiegels zu practischen Zwecken nicht den Anschein zu geben, als wäre sie geschehen, um dem Primarius Dr. Türck die Priorität, auf welche ich übrigens niemals Anspruch gemacht habe, zu entziehen, denn diese gebührt ihm jedenfalls ganz unbestreitbar."

Nach diesen Aeusserungen Ludwig's und Czermak's ist nicht zu zweifeln, dass Türck als erster die Laryngoskopie zu klinischen und diagnostischen Zwecken verwendet hat. — Er verwendete aber dazu nur das directe Sonnnenlicht und Czermak hat die Beleuchtung mit Hülfe eines Reflectors und einer künstlichen Lichtquelle eingeführt. — Czermak gebührt ferner das Verdienst, die Aerzte auf die grosse Wichtigkeit dieser Untersuchungsmethode aufmerksam gemacht zu haben. Er war es auch, der schon bei seinem Vortrage am 9. April die grössten Erwartungen von den Leistungen der neuen Untersuchungsmethode öffentlich aussprach. Er hat auch damals schon erwähnt, dass er an sich selbst die Luftröhre, ja sogar ihre Theilungsstelle und den Anfang der Bronchien zur Anschauung bringen konnte. Bei derselben Gelegenheit erwähnt er auch noch, dass man mit einem kleinen nach oben gekehrten Kehlkopfspiegel die hintere Fläche des weichen Gaumens, die Choanen, die Mündung der Tuben und den oberen Theil der Rachenhöhle werde untersuchen können. Endlich empfahl er damals schon die Durchleuchtung des Kehlkopfes von aussen, um dadurch möglicherweise die Dicke der Stimmbänder für die verschiedenen Register der Stimme zu beobachten.

Türck und Czermak wetteiferten nun mit einander, um die neue Untersuchungsmethode zu vervollkommnen. Czermak's Schüler, Semeleder, berichtete in der Sitzung vom 28. Mai 1858 (Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien, No. 28) über die Beobachtung eines Geschwüres am Zungengrunde mit Hülfe des Kehlkopfspiegels.

Störk, ein Schüler Türck's und Secundararzt an seiner Abtheilung, veröffentlichte im Auftrage Türck's in der Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte, No. 51 vom Jahre 1858, die laryngoskopische Beobachtung zweier Fälle von krankhaften Veränderungen im Innern des Kehlkopfes.

Es ist bekannt, dass sich Türck fernerhin mit Feuereifer des Kehlkopfspiegels bediente, dass er seine Methode fortwährend verbesserte, dass er viele Instrumente ersann und vom Jahre 1858 bis 1864 52 Aufsätze über die practische Verwendung des Kehlkopfspiegels veröffentlichte. Endlich erschien im Jahre 1866

sein berühmtes Werk: „Die Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre, nebst einer Anleitung zum Gebrauche des Kehlkopfrachenspiegels und die locale Behandlung der Kehlkopfkrankheiten“, Wien, Wilhelm Braumüller; Paris, Eduard Jung-Trentel; Leipzig, K. F. Köhler. In diesem Werke ist die gesammte Pathologie und Therapie der Kehlkopf- und Luftröhrenerkrankungen in klassischer Weise bearbeitet, so dass dieses Werk heute noch von höchstem Werthe ist. Gleichzeitig erschien ein chromo-lithographischer Atlas der Kehlkopfkrankheiten nach Aquarellen von Elfinger und Karl Heitzmann.

Persönlich war Türck ungewöhnlich bescheiden und sehr zurückhaltend. Auf das Eifrigste mit seinen Studien beschäftigt, erkrankte er 1868 an einem Typhus exanthematicus, der nach 8 Tagen, am 25. Februar, zum Tode führte.

An äusserer Anerkennung war sein Leben arm. 1861 wurde ihm zu gleichen Theilen mit Czermak von der Pariser Academie der Wissenschaften der Monthyon-Preis zuerkannt und erst 1864 wurde er zum ausserordentlichen öffentlichen Professor ernannt. Sofort nach seinem Tode aber kam man zu der richtigen Auffassung seiner grossen Bedeutung. Die Professoren, die Primarärzte, die Secundarärzte des allgemeinen Krankenhauses und zahlreiche Freunde thaten sich zusammen und ehrten das Andenken des bedeutenden Mannes durch die Aufstellung seiner Büste im grossen Hofe des allgemeinen Krankenhauses. Der berühmte Architect Hansen entwarf den Plan zum Denkmal und der ausgezeichnete Bildhauer Pilz lieferte eine meisterhafte Büste des Verstorbenen, welche in Anwesenheit der hervorragendsten Lehrer der Wiener Schule enthüllt wurde.

Der Bruder des Verstorbenen, der Juwelier Josef Türck, betrieb die Errichtung einer Stiftung im Betrage von 200000 Kronen, deren Zinsen würdigen Studenten der Medicin zugewiesen werden.

Johann Nepomuk Czermak enstammte einer angesehenen Prager medicinischen Familie, wurde am 17. Juni 1828 in Prag geboren und erhielt namentlich durch Fürsorge seiner Mutter eine sehr sorgfältige Erziehung. Frühzeitig that er sich als Zeichner und Musiker hervor; doch entschloss er sich nach Vollendung seiner Mittelschulstudien in Prag zum Studium der Medicin und begann dieses 1845 in Wien. 1847 folgte er einer Einladung Purkyne's nach Breslau, beschäftigte sich dort hauptsächlich mit Mikroskopie und hielt schon 1849 in der naturwissenschaftlichen Section der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur einen Vortrag über die Spermatozoiden von Salamandra atra. Er war schon als Student Mitarbeiter mehrerer Zeitschriften für Zoologie, Anatomie und Physiologie, siedelte 1849 nach Würzburg über und erlangte dort den Doctorgrad. Bald darauf wurde er Assistent Purkyne's an der Lehrkanzel für Physiologie in Prag und vermählte sich 1853.

1855 nahm er die Professur für Zoologie in Graz an und beschäftigte sich dort mit der anatomischen und physiologischen Zoologie. Im Herbst 1856 wurde ihm die Lehrkanzel für Physiologie in Krakau übertragen; er blieb aber dort nur bis Herbst 1857 und übersiedelte dann nach Wien, um bei den Physiologen Brücke und Ludwig zu arbeiten. — Auf welche Weise er hier die klinische Methode

Türck's verbesserte, vervollkommnete und zur allgemeinen Anwendung empfahl, ist schon bei der Skizze über Türck erwähnt. Es ist hier nachzutragen, dass er im Jahre 1859 die Rhinoskopie, die er schon 1858 als möglich erwähnt hatte, wirklich zum ersten Male ausführte und sie allgemein empfahl (Wiener med. Wochenschrift vom Jahre 1859, No. 32). Im Februar 1859 hat er unter Leitung des Kehlkopfspiegels als der erste den Kehlkopf sondirt. Im Januar 1859 erfolgte die erste Beobachtung eines Stimmbandpolypen mit dem Kehlkopfspiegel.

Schon im Sommer des Jahres 1858 wurde Czermak als Professor der Physiologie nach Pest berufen, woselbst grösstentheils noch in deutscher Sprache gelehrt wurde. Czermak beschäftigte sich dort nebst der Sorge für die Errichtung eines entsprechenden physiologischen Institutes mit der Ausbildung der Laryngoskopie und Rhinoskopie. Er verliess am 13. Juli 1860 Pest und zog sich in die Nähe von Prag zurück. Schon im Herbst 1859 unternahm Czermak Reisen nach Leipzig, Berlin und Breslau, um hier überall die neue Untersuchungsmethode bekannt zu machen. Unter den Männern, welche damals seinen Vorträgen und Demonstrationen folgten, sind zu nennen: Ruete, Merkel, Traube, Remak, Lewin, Middeldorpf, Rühle, Heidenhain und Voltolini. 1860 begab er sich nach Paris und dort waren Mandl, Mourra-Bourouillou und Ch. Fauvel seine eifrigen Schüler. Im Jahre 1861 wurde, wie erwähnt, der Prix Monthyon von der französischen Academie der Wissenschaften zwischen Türck und Czermak getheilt und beiden die mention honorable ausgesprochen.

Vom Frühjahr bis Sommer 1862 hielt sich Czermak in England auf, woselbst Morell Mackenzie, Gibb, George Johnson und viele andere seinen Demonstrationen folgten. Jedenfalls hat sich Czermak durch seine Reisen das Verdienst erworben, die Laryngoskopie weithin zu verbreiten. 1865 bekam er einen Ruf als Professor der Physiologie nach Jena, wo er ebenfalls als physiologischer Forscher und Schriftsteller, namentlich aber durch das Abhalten von populären Vorträgen sich besonders hervorthat. Trotz seiner Erkrankung an Diabetes, welchen er selbst an sich constatirte, nahm er 1869 einen Ruf nach Leipzig an und arbeitete dort unermüdlich weiter. Besondere Aufmerksamkeit verwendete er auf die Errichtung eines Musterhörsaales und war unermüdlich in wissenschaftlichen Arbeiten und Vorträgen; dabei machte aber sein schweres Leiden immer grössere Fortschritte. Er erkrankte im Sommer 1873 und verschied am 16. September desselben Jahres.

Czermak war ein Mann von unermüdlichem Thätigkeitsdrang, von dem liebenswürdigsten Benehmen und von erstaunlicher Arbeitskraft. Als er aus dem Leben geschieden war, bemühte sich seine untröstliche Wittwe mit seltener Ausdauer um die Herausgabe seiner gesammelten Schriften. Als Erfolg dieser Bemühungen erschien: „Gesammelte Schriften von Josef Nepomuk Czermak, vormaligem Professor der Physiologie in Leipzig, in 2 Bänden, Leipzig, Wilhelm Engelmann, 1879". Der erste Band enthält in 2 Abtheilungen alle wissenschaftlichen Arbeiten; der zweite Band neben einer Biographie von Anton Springer die populären physiologischen Vorträge Czermak's. Nach diesem Werke stammen von ihm 63 Arbeiten physiologischen und anatomischen Inhaltes, welche in verschiedenen Archiven, Zeitschriften und Academieschriften veröffentlicht wurden. —

Ausserdem sind von ihm 13 Arbeiten über die Laryngoskopie und Rhinoskopie verzeichnet, welche aus den Jahren 1858 bis 1865 stammen.

Es wird bemerkt worden sein, dass wir nur die äusseren Züge des berühmten Prioritätsstreits zwischen den beiden verdienten Männern, und auch diese nur in aller Kürze, wiedergegeben haben, ohne mit einem Worte eigene Stellung zu nehmen. Das ist mit gutem Bedacht geschehen. Die Wiederaufnahme der Discussion in der Berliner klinischen Wochenschrift im Jahre 1906 hat gezeigt, dass eine Einigung der Ansichten bisher nicht erzielt und gegenwärtig nicht zu erzielen ist. Es ist sehr wohl denkbar, dass die Frage in kürzerer oder längerer Frist von Neuem wieder aufgenommen werden wird. Bei dieser Gelegenheit aber, bei welcher wir die Manen der beiden dahingegangenen grossen Forscher vereint feiern, wäre es offenbar so unpassend wie möglich, die Verdienste des einen auf Kosten des anderen herauszustreichen! — Wir enthalten uns daher gegenwärtig jeder Erörterung des alten Streites, und möchten auch der dringenden und bestimmten Hoffnung Ausdruck verleihen, dass bei dem Congresse selbst Alles aufs Peinlichste vermieden werden wird, was auf eine Glorification des einen der Gefeierten auf Kosten des anderen hinauslaufen, zur Opposition herausfordern und die Harmonie des schönen Festes stören könnte! — Wir wollen nns vielmehr, um mit Goethe zu sprechen, freuen, dass wir „zwei solche Kerle haben!“ —

Die Festgabe des Centralblatts zum fünfzigjährigen Jubiläum der Laryngologie besteht in einem Ueberblick über die Leistungen derselben in den verschiedenen Ländern seit der modernen Epoche, welche vor einem halben Jahrhundert durch die Einführung des Laryngoskops in die Medicin angebahnt worden ist. Derselbe stammt aus der Feder des Collegen Sendziak (Warschau), dessen wahrhaft monumentale Arbeit sicher die Bewunderung ebenso wie die Dankbarkeit aller Fachgenossen erwecken wird, und sein Beginn erfolgt in dieser Nummer.

Felix Semon.

II. Die Entwickelung der Laryngologie und Rhinologie bei den einzelnen Nationalitäten.

Ein Jubiläums-Beitrag zur Geschichte der Laryngo-Rhinologie in den Jahren 1858—1908

von Dr. J. Sendziak (Warschau).*)

Den Theilnehmern des Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses in Wien gewidmet.

Die moderne Entwickelung der Laryngologie und Rhinologie datirt von der epochemachenden Erfindung des Laryngoskops durch Garcia (1854) und von dessen Einführung in die klinische Medicin durch Czermak und Türck (1858).

Von bescheidenen Anfängen ausgehend erreichten diese Specialitäten mit der Zeit die gegenwärtige Höhe ihrer Entwickelung, so dass wir heute nach einem halben Jahrhundert mit Stolz auf die in quantitativer wie qualitativer Hinsicht aussergewöhnlichen Leistungen zurückblicken können, die während dieses Zeitraums die Rhino-Laryngologie aufzuweisen hat. So konnte diese Disciplin, die ursprünglich gegen erhebliche Vorurtheile anzukämpfen hatte, sich schliesslich ihre gebührende Stellung in der Reihe der übrigen medicinischen Sonderfächer erkämpfen. Zur Zeit bestehen an fast allen grösseren Universitäten der meisten Länder für Otologie und Laryngo-Rhinologie — leider sind ja diese beiden Specialitäten nicht immer getrennt! — bereits selbstständige Lehrstühle, an denen diese Fächer gelehrt werden, wenn auch bedauerlicherweise der Unterricht durchaus noch nicht immer obligatorisch ist; immer zahlreicher werden Universitäts-Kliniken und Polikliniken, an denen Studirende und Aerzte unter Leitung der hervorragendsten Vertreter des Faches Gelegenheit zur practischen Ausbildung in der Rhino-Laryngologie haben; endlich bestehen an vielen Krankenhäusern grösserer Städte Specialabtheilungen für Hals- und Nasen- resp. Ohrenkranke, ja selbst Specialkrankenhäuser (z. B. in London und in New-Orleans), an denen unter Leitung namhafter Specialisten Laryngologie und Rhinologie ausgeübt wird. Einen Beweis für die ausserordentliche Entwickelung der Laryngo-Rhinologie stellt auch die stattliche Zahl der Specialgesellschaften resp. der selbstständigen mit den übrigen Sectionen

*) Obwohl der Verfasser den Herausgeber ausdrücklich ermächtigt hat, in dem folgenden Artikel irgendwelche ihm angemessen erscheinende Veränderungen vorzunehmen, und obwohl in manchen Punkten die Anschauungen der beiden genannten nicht völlig miteinander übereinstimmen, so hat der Herausgeber es für unpassend gehalten, an solchen Punkten seine eigenen Ansichten denen des Verfassers zu substituiren. Denn die letzteren repräsentiren, wie die Leser sich überzeugen werden, das Ergebniss einer so riesigen Arbeitsleistung, dass der Verfasser sicherlich ein ebenso gutes Recht zu seiner eigenen Meinung hat, wie der Herausgeber zu der seinigen. Mit Ausnahme einiger Striche, Berichtigungen und sachlicher Zusätze, hat der Herausgeber daher kein Recht von der ihm ertheilten Erlaubniss gemacht. Aber er wünscht ausdrücklich hervorzuheben, dass obiger Artikel die persönlichen Ansichten seines Verfassers, nicht die des Centralblatts, repräsentirt, und dass ersterer für die von ihm mitgetheilten Thatsachen und die von ihm in dieser Arbeit ausgesprochenen Ansichten verantwortlich ist. Anm. d. Red.

gleichstehenden laryngologischen Abtheilungen der allgemein-medicinischen Körperschaften dar; ihre Zahl beträgt gegenwärtig 46, von denen 15, d. h. fast der dritte Theil, auf die Vereinigten Staaten von Nordamerika fällt. Es folgen weiter: Deutschland (8 Gesellschaften), Spanien (4), Frankreich und Russland (je 3), Oesterreich-Ungarn, Italien und Polen (je 2) und schliesslich Grossbritannien, Belgien, Holland, Dänemark, Schweden und Japan (je eine).

Was die Verschmelzung der Laryngo-Rhinologie mit der Otologie anbetrifft, so werden bei dem zweifellos engen Zusammenhang, der besonders zwischen Nasen- und Ohrenkrankheiten besteht, beide Specialitäten häufig aus practischen Zwecken vereinigt; in wissenschaftlicher Beziehung jedoch sind sie, besonders für medicinische Congresse, sowie als academische Lehrfächer, nach der Meinung des Verfassers durchaus von einander zu trennen. Bezüglich der internationalen medicinischen Congresse wurde die Frage von den unermüdlichen Vorkämpfern in dieser Richtung, von Sir Felix Semon (London) und B. Fränkel (Berlin), des öfteren zum Gegenstand der Erörterung gemacht. Seit dem VII. internationalen Congress in London (1881), besonders aber seit dem VIII. Congress in Kopenhagen (1884) ist die Rhino-Laryngologie bei den meisten — leider nicht bei allen — diesen Congressen als selbstständige Section den übrigen Zweigen der Medicin gleichgestellt gewesen.

Wenn auch bereits im Jahre 1880 auf die Initiative von Labus ein internationaler Congress für Rhinologie und Laryngologie in Mailand stattfand, dem dann ein zweiter — übrigens misslungener — während der Weltausstellung zu Paris im Jahre 1889 unter dem Vorsitz von Gellé folgte, so ist es doch ein grosses Verdienst der Wiener laryngologischen Gesellschaft und ihres Vorsitzenden, des Prof. O. Chiari, anlässlich der in diesem Jahre stattfindenden Gedenkfeier für Czermak und Türck, die Einrichtung specieller Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congresse wieder aufleben zu lassen. Möge diesem Congress und den ihm folgenden der beste Erfolg zum Besten unserer Disciplin beschieden sein!

Ein ferneres Zeichen für die ungewöhnliche Entwickelung der Rhino-Laryngologie ist die grosse Zahl der Fachzeitschriften. Ihre Zahl beträgt zur Zeit 39: in Frankreich 9, in Deutschland und Italien je 7, Nordamerika und Spanien je 6, in Grossbritannien, Oesterreich, Belgien und Russland je eine. Es ist zweifellos, dass in einigen Ländern (Frankreich, Italien und Spanien) die Zahl der Specialzeitschriften zu gross ist, während es dagegen auffällt, dass in anderen Ländern (Ungarn, Holland, Schweden, Norwegen, Dänemark und Polen) überhaupt keine solchen existiren.

At last, not at least wird der Fortschritt der rhino-laryngologischen Wissenschaft, zumal in den letzten Jahren, repräsentirt durch die grosse Zahl der auf diesem Gebiet veröffentlichten Arbeiten, die seit dem Jahre 1884, d. h. in ungefähr 25 Jahren nicht weniger als 43430 betragen; davon entfallen auf die ersten 10 Jahre 1884—1894 17477, auf den weiteren Zeitraum 25983*). Am auffallend-

*) Ich benutze hier vorläufig die jährlich in diesem Centralblatt erscheinenden statistischen Zusammenstellungen: im Uebrigen wird das genaue Verzeichniss aller laryngo-rhinologischen Arbeiten seit Einführung des Laryngoskops einen Theil meiner umfangreichen Monographie „Ueber die Geschichte der Laryngologie und Rhinologie" bilden, die ich demnächst zu veröffentlichen gedenke.



sten ist die Entwickelung der Rhinologie, der jüngeren Schwester der Laryngologie; nicht weniger als 11005 kleinere und grössere Arbeiten aus dem Gebiete der Erkrankungen der Nase, der Nebenhöhlen und des Nasenrachenraums, d. h. der vierte Theil aller unsere Disciplin betreffenden Arbeiten wurde seit 1884 veröffentlicht. Erst an zweiter Stelle folgen die den Erkrankungen des Kehlkopfs und der Luftröhre gewidmeten Arbeiten (10251), dann die auf Mund- und Rachenhöhle (7691) und schliesslich die auf die Speiseröhre (1664) bezüglichen Arbeiten. Verhältnissmässig zahlreich sind die Arbeiten über Diphtherie und Croup (5736), besonders über die Serumbehandlung, ferner die allgemeine Themata behandelnden Publicationen (5226); über die Schilddrüse handelten 2669 Arbeiten. Was die Vertheilung der Publicationen auf die einzelnen Nationen betrifft, so stehen mit der Zahl von 11072, d. h. circa dem vierten Theil aller in den letzten 25 Jahren veröffentlichten rhino-laryngologischen Arbeiten die Vereinigten Staaten von Nordamerika an der Spitze. Die zweite Stelle der quantitativen Production nach nimmt Grossbritannien mit den Colonien ein (8064) und erst an dritter Stelle folgt Deutschland (7352), das jedoch, was den wissenschaftlichen Werth der dort veröffentlichten Arbeiten betrifft, entschieden an erster Stelle steht. Die vierte Stelle nimmt Frankreich ein (6690) und erst an fünfter folgt mit 2872 Arbeiten Oesterreich-Ungarn, das eigentliche Vaterland der Laryngologie, dem wir jedoch gleichfalls die werthvollsten Arbeiten auf diesem Gebiete verdanken. Es folgen Belgien und Holland (1862), Italien (1672), mein Vaterland Polen (1113)*) — das während der letzten 50 Jahre die verhältnissmässig hohe Ziffer von 1529 Arbeiten aufweisen kann —, ferner Russland (943), Spanien (739), Scandinavien (686) und an letzter Stelle die Schweiz (365). Japan, dessen medicinische Wissenschaft noch in den ersten Anfängen sich befindet und das erst seit allerletzter Zeit sich auf dem Gebiete der Laryngologie bethätigt, hat bisher nur ein paar Dutzend hierher gehöriger Arbeiten aufzuweisen. Eine ganz geringe Zahl von Arbeiten stammt noch aus Rumänien und Griechenland, während mir solche aus Portugal, Serbien, Bulgarien, der Türkei nicht bekannt sind.

Recht stattlich ist auch die Zahl der Handbücher: es sind deren in dem Zeitraum von 1858—1908 im Ganzen 97, sowie 12 Atlanten veröffentlicht worden, und zwar in Deutschland 25 Handbücher und 9 Atlanten, in Grossbritannien 17 Handbücher, in Frankreich 15 Handbücher und 1 Atlas, in Nordamerika 13, in Oesterreich 12 Handbücher und 1 Atlas, in Polen 7, in Spanien 3, in Italien 2 Handbücher und 1 Atlas, in Russland 2 und in Dänemark 1 Handbuch.

In Bezug auf die gewiss recht interessante Frage, wie viel Aerzte wohl gegenwärtig in der Welt unsere Disciplin als Specialfach betreiben, können wir uns nur auf die zwar ziemlich genauen, aber bereits 8 Jahre zurückdatirenden Angaben von Richard Lake in London (International Directory of Laryngologists and Otologists, II. Edition 1901) stützen, aus denen hervorgeht, dass die Gesammtzahl der damals existirenden Specialisten 2032 betrug. Diese Ziffer hat sich seitdem höchstwahrscheinlich verdoppelt, in den grösseren Städten auch verdreifacht; während Lake z. B. in Warschau im Jahre 1901 die Zahl der Specialisten für

*) Nach von mir angestellten Ermittelungen und Ergänzungen.

Hals-, Nasen- und Ohrenkranke auf 22 angiebt, zähle ich deren jetzt 58, also circa dreimal soviel. Nehmen wir also die Zahl der Hals-, Nasen- und Ohrenärzte in der ganzen Welt jetzt auf 5000 an und berechnen wir ihr Verhältniss zu der Gesammtzahl der Aerzte überhaupt (nach den neuesten Angaben 228234), so erhalten wir mehr als 2 pCt., für die grösseren Städte eine aber erheblich grössere Verhältnisszahl. Sie beträgt z. B. für Warschau über 7 pCt., und analog wird wohl auch in den meisten europäischen und amerikanischen Grossstädten das Verhältniss sein.

Sowie in Bezug auf die Quantität der veröffentlichten Arbeiten nimmt Nordamerika auch, was die Zahl der practicirenden Specialisten betrifft, den ersten Rang ein; nach Lake's Angaben für 1901 betrug sie 571, von denen allein in Chicago 151 und in New York 105, also in diesen beiden Hauptstädten fast die Hälfte practicirte. An zweiter Stelle folgt Deutschland mit der verhältnissmässig sehr grossen Zahl von 537 Specialisten, von denen 75 in Berlin practicirten, dann Frankreich (229, wovon 101, also fast die Hälfte, in Paris), Grossbritannien [139, davon 68, verhältnissmässig also wenig, in London, jedoch haben sich meines Wissens hier die Verhältnisse seitdem sehr verändert*)], ferner Italien (83, von denen 14 in Neapel und 11 in Rom), Spanien (72, der grösste Theil derselben in Barcelona und Madrid), Oesterreich-Ungarn (nur 61, wovon 24 in Wien und 15 in Budapest), Russland (60**), und zwar fast alle in den beiden Hauptstädten St. Petersburg und Moskau), Belgien (56, wovon 24, also fast die Hälfte, in Brüssel), Holland (40, wovon 11 in Amsterdam), Schweiz (35), Polen (29, davon nicht weniger als 22 in Warschau; nach meinen neuesten Erhebungen in ganz Polen 75 und in Warschau 58 Specialisten), Schweden (24), Norwegen (14), schliesslich Dänemark (alle 14 Specialisten in Kopenhagen). In den übrigen Ländern (Türkei, Japan, Portugal, Rumänien etc.) notirte Lake im Jahre 1901 nur je ein paar Specialisten für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke. Wie bemerkt, muss man die obigen Zahlen verdoppeln resp. verdreifachen, um eine genaue Vorstellung von der Menge der gegenwärtig unser Specialfach ausübenden Aerzte zu geben.

Von den hervorragendsten Vertretern des Faches, deren Tod in den letzten 50 Jahren einen schweren Verlust für die Laryngologie bedeutete, seien ausser Garcia, Czermak und Türck, den Begründern dieser Wissenschaft, nur folgende erwähnt:

Sir Morell Mackenzie in London, Verfasser eines der ersten und umfangreichsten Handbücher über Hals- und Nasenkrankheiten, Begründer der einzigen englischen Fachzeitschrift, und Sir George Johnson, ferner Elsberg, der Pionier der Laryngologie in Amerika und O'Dwyer, der Erfinder der Intubation bei Croup, beide in New-York, Moritz Schmidt in Frankfurt a. M., einer der hervorragendsten Vertreter der Laryngologie in Deutschland, Verfasser eines ausgezeichneten Handbuches über die Krankheiten der oberen Luftwege, Schech in München, dessen gleichfalls ausgezeichnetes Lehrbuch bereits die 6. Auflage er-

---

*) Sehr richtig! Die Mitgliederzahl der Laryngological Section der Royal Society of Medicine allein beträgt in diesem Augenblicke 166, correspondirende und Ehrenmitglieder nicht eingerechnet! F. S.

**) Gegenwärtig nach Lewin ungefähr 550!

reichte, V. v. Bruns, der Vater der intralaryngealen Chirurgie, Franz Riegel, Burow, Oertel, Max Schaeffer, Beschorner, endlich Traube, Lewin, Tobold, Waldenburg, Gerhardt (Berlin), v. Ziemssen (München), Gottstein und Voltolini (beide in Breslau), Stoerk und Schnitzler, zwei der Pioniere der Laryngologie in Oesterreich, Fauvel, Verfasser eines der ersten französischen Lehrbücher der Laryngologie, Gouguenheim, der langjährige Leiter der „Annales des maladies des oreilles, du nez et du larynx“, im Verein mit Glover Herausgeber eines vortrefflichen rhino-laryngologischen Atlas, Krishaber, Fournié, Moura-Bourouillou (Paris), Ariza in Madrid, der erste spanische Laryngologe, Guye in Amsterdam, der erste, welcher die Aufmerksamkeit auf die sogenannte Aprosexia nasalis als Folge der adenoiden Vegetationen lenkte, schliesslich Wilhelm Meyer in Kopenhagen, der „Vater der adenoiden Vegetationen“, dem die dankbare Nachwelt vor circa 10 Jahren ein Monument in seiner Vaterstadt errichtete, und viele andere, von denen noch im Speciellen die Rede sein soll.

Von den noch lebenden Vorkämpfern unserer Wissenschaft seien hier wegen Raummangels nur folgende der hervorragendsten Repräsentanten der einzelnen Nationen namhaft gemacht:

Sir Felix Semon in London, Verfasser werthvoller Arbeiten, besonders über die Kehlkopfinnervation und über bösartige Kehlkopfgeschwülste, Herausgeber dieses geschätzten und für jeden Laryngologen unentbehrlichen Centralblattes; Solis Cohen in Philadelphia, der Nestor der amerikanischen Laryngologen, Verfasser des ersten in Amerika erschienenen laryngologischen Lehrbuchs; Lefferts in New-York, einer der ausgezeichnetsten amerikanischen Laryngologen; Jonathan Wright, der Historiker unserer Wissenschaft; B. Fränkel in Berlin, der älteste und verdienstvollste Laryngologe Deutschlands, Herausgeber des „Archiv für Laryngologie“; Killian in Freiburg, dessen Name in der ganzen laryngologischen Welt als des Erfinders der Tracheo-Bronchoskopie einen guten Klang hat; L. von Schroetter in Wien, der ausgezeichnete Kenner der Krankheiten des Kehlkopfs und besonders der Luftröhre, und O. Chiari, sein würdiger Nachfolger auf dem Lehrstuhl für Laryngologie und in der Leitung der Wiener Universitätsklinik, der Vorsitzende unseres internationalen laryngologischen Congresses und Verfasser eines ausgezeichneten und umfangreichen Lehrbuchs der Krankheiten der oberen Luftwege; als Vertreter der Specialität in Ungarn E. von Navratil und Onodi, dieser als Verfasser zahlreicher werthvoller Arbeiten über Kehlkopfinnervation und Nebenhöhlenerkrankungen; Moure in Bordeaux, der verdienstvolle Herausgeber der „Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie“, sowie Lermoyez in Paris, Herausgeber der „Annales de maladies des oreilles, du larynx, du nez et du pharynx“, ferner Massei in Neapel, der Nestor der italienischen Laryngologen, Verfasser des ersten italienischen Lehrbuches, das auch in das Deutsche übertragen wurde; Burger in Amsterdam, dem wir unter anderem die schöne Arbeit über die laryngealen Störungen bei Tabes dorsalis verdanken; Schmiegelow in Kopenhagen, Siebenmann in Basel, Botey in Barcelona, Rauchfuss in Petersburg, der älteste der russischen Laryngologen, und schliesslich als Vertreter der Laryngologie in Polen,

Pieniazek in Krakau, Verfasser der vortrefflichen Monographie über die Verengerungen der oberen Luftwege. und viele andere mehr, deren bei der Schilderung von der Entwickelung der Laryngologie bei den einzelnen Nationen gedacht werden wird.

I. Die Entwickelung der Rhino-Laryngologie in Amerika.

Wie schon erwähnt, stammt die grösste Zahl der laryngologischen Arbeiten aus Amerika, wo die Specialität in ihrer Entwicklung eine ganz besondere Lebenskraft entfaltet hat. Schon in der vorlaryngoskopischen Zeit betrieb Horace Green die Localbehandlung der Kehlkopfkrankheiten. Er fasste seine in jeder Hinsicht reichen Erfahrungen zusammen in seinem bekannten Buche: „A treatise on diseases of the air passages“ (1840), das noch vor der Einführung des Kehlkopfspiegels die vierte Auflage erlebte. Die erste Notiz in Amerika über die epochemachende Erfindung stammt aus der Feder von Stangenwald in New-York. Unschätzbare Verdienste für die Entwickelung der Laryngologie in Amerika hat sich der bereits im Alter von 48 Jahren der Wissenschaft durch den Tod (1885) entrissene Elsberg in New-York erworben. Nachdem er bei Czermak selbst mit der Laryngoskopie bekannt geworden, führte er sie bereits im Jahre 1860 nach seiner Rückkehr in Amerika ein, so dass er für den Pionier unserer Wissenschaft in der neuen Welt gelten kann. Elsberg war es auch, der bereits im Jahre 1861 die Laryngologie an der medicinischen Facultät in New-York lehrte und zwei Jahre später ebendaselbst die Leitung der ersten laryngologischen Klinik übernahm. Er stand ihr während eines Zeitraumes von 17 Jahren vor; nach ihm war die Leitung circa 30 Jahre lang in den Händen von Lefferts. Bereits 20 Jahre später wurde die Laryngologie in Amerika bereits an nicht weniger als 25 Universitäten und Colleges gelehrt. Gegenwärtig bestehen in Amerika nach Gleitsmann („Beitrag zur Geschichte der Laryngologie in den Vereinigten Staaten seit Einführung des Laryngoskopes“, Zeitschrift für klinische Medicin. Bd. 62. 1897) an 85 Universitäten, von denen er Notizen erhielt — es giebt in Amerika 118 — Universitäts-Lehrstühle für Laryngologie an 81; an 43 von diesen besteht ein gemischter Lehrauftrag für Laryngologie und Otiatrie, Ophthalmologie etc. entsprechend der in Amerika bestehenden Neigung, diese Fächer mit einander zu verbinden. An 7 Universitäten wird die Rhinolaryngologie von den sogenannten Instructoren (klinischen Professoren) gelehrt.

Von den noch Lebenden, die an der aussergewöhnlichen Entwicklung unserer Disciplin in Amerika mitgearbeitet haben, seien ausser den schon erwähnten Solis Cohen, Lefferts und Jonathan Wright noch genannt: Bosworth, Bryson Delavan und Gleitsmann — alle in New-York —, John Mackenzie in Baltimore, Knight, Coakley, Newcomb und Simpson, ferner Clinton Wagner, Freudenthal, Wendell Philipps, Holbrook Curtis, Mayer, Rice, Harris, Chisholm in New-York; French in Brooklyn, Pierce, Casselberry, Freer, Ballenger, Fletcher Ingals, Gradle, Bishop in Chicago; Braden Kyle, der Verfasser eines sehr verbreiteten Lehrbuches, Sajous und Grayson in Philadelphia; M. Goldstein, der Herausgeber des „Laryngoscope“, Hanau Loeb, Herausgeber der „Annals of Otology, Rhinology and Laryngo-

logy“, und Porter in St. Louis; Richardson und Bryan in Washington; Swain in New Haven; Ingerson in Cleveland; Levy in Denver, Coolidge und Goodale in Boston, Roe in Rochester, Chevalier Jackson in Pittsburg, Scheppegrell und de Roaldès in New-Orleans, Samuel Johnston in Baltimore und viele andere tüchtige Specialisten, deren Name wegen Raummangels nicht genannt werden kann.

Von den bereits gestorbenen Laryngologen, die sich um die Förderung ihrer Wissenschaft in Amerika verdient gemacht haben, seien hier ausser Elsberg und O'Dwyer, dessen Methode der Intubation noch heute nach 20 Jahren sich allgemeiner Werthschätzung und Anwendung erfreut, noch genannt: Jarvis, der die nach ihm benannte Schlinge für Nasenpolypen angegeben hat, Morgan, Lincoln und Ash in New-York, Seiler in Philadelphia, Verfasser eines bekannten Lehrbuches, das vier Auflagen erlebte, Thorner in Cincinnati, Mulhall und Glasgow in St. Louis, Daly in Pittsburg, Hooper in Boston, bekannt durch seine physiologischen Arbeiten über Kehlkopfinnervation, und Allen in Portland, lauter Namen von gutem Klang.

Ausser dem bereits erwähnten Lehrbuch von Horace Green wurden in den letzten 50 Jahren (1858—1908) in Amerika noch 13 Lehrbücher veröffentlicht, deren Gegenstand Laryngologie oder Rhinologie oder beides zusammen bildete. Es sind in chronologischer Reihenfolge:

1. Solis Cohen, Diseases of the throat 1872. II. Aufl. 1880. New York.
2. Seiler, Handbook of the diagnosis and treatment of the throat, nose and nasopharynx“. Philadelphia 1879. IV. Aufl. 1889.
3. Clinton Wagner, Diseases of the nose. New York 1884.
4. Sajous, Lectures on diseases of the nose and throat. 1884. II. Aufl. 1889. New York.
5. Bosworth, A treatise on diseases of the nose and throat. 1884. II. Aufl. 1889. New York.
6. Burnett's system of diseases of the ear, nose and throat. (Ingals, Freer, Nose and Throat; Newcomb, Larynx.) 1892. IV. Aufl. 1901.
7. Kyle, A textbook of diseases of the nose and throat. Philadelphia 1889. III. Aufl. 1907.
8. Coakley, A manual of diseases of nose und throat. New York und Philadelphia 1899. III. Aufl. 1907.
9. Shurly, A treatise on diseases of nose and throat. 1901.
10. Bishop, Diseases of the ear, nose and throat etc. Philadelphia 1901.
11. Gradle, Diseases of the nose, pharynx and ear. Philadelphia u. London. 1902.
12. Grayson, A treatise on the diseases of the throat, nose etc. Philadelphia 1902.
13. Knight, Diseases of the nose and throat. Philadelphia 1903.

Von den grösseren Arbeiten resp. Monographien will ich nur die wichtigsten erwähnen, nämlich von Elsberg „The laryngological surgery in the treatment of laryngeal tumours“ (Preisgekrönte Arbeit der Amer. med. Assoc. 1866.); und „Presidential adress“ (Transactions of the Amer. laryng. Assoc. 1870.); weiter Lefferts „A pharmacopeia for the treatment of diseases of the larynx,

pharynx and nasal passages" etc. New York and London. 1884. II. Aufl.; O'Dwyer's „Intubation of the larynx". New York med. Journal. 1885; Lothrop „The frontal and ethmoidal sinuses of the nose". Boston. 1901; Scheppegrell „Electricity in the diagnosis and treatment of diseases of the nose, throat and ear". New York. 1902.

Jonathan Wright „The nose and throat in medical History". 1902; Richardson „The thyreoid gland and accessory thyreoid glands". Philadelphia. 1905; Loeb's „A study of the anatomy of the accessory cavities of the nose by topographic projections". Annals of Otol., Rhinol. and Laryngol. 1906. No. 4; Newcomb's „Diseases of the trachea (Anomalies, Hemorrhage, Inflammations and Infections). Ibidem.

Wie ich schon erwähnt habe, existiren oder existirten in America (d. h. den Vereinigten Staaten) 6 Fachzeitschriften, die der Rhino-Laryngologie allein oder in Verbindung mit der Otologie oder Ophthalmologie gewidmet sind:

1. „Archives of Laryngology", die älteste specielle Zeitschrift, begründet im Jahre 1880 in New York von Elsberg, Solis Cohen, Knight und Lefferts. Leider war ihre Existenz nur von kurzer Dauer (bis 1883).

2. „Annals of Otology, Rhinology and Laryngology". Erscheint vierteljährlich und wurde in St. Louis von Parker im Jahre 1891 begründet, anfänglich als „Annals of Ophthalmology and Otology" und seit dem Jahre 1896 als zwei voneinander unabhängige Blätter: „Annals of Ophthalmology" und die oben erwähnte „Annals of Otology, Rhinol. and Laryngol.", deren Hauptredacteur („Editor in Chief") gegenwärtig Loeb in St. Louis ist, sowie hervorragende Specialisten anderer Nationalitäten.

3. „Homoepathic Eye, Ear and Throat Journal." In New York seit 1895. Editors: Moffat und Palmer.

4. „Journal of Eye, Ear and Throat diseases". Baltimore. Erscheint zweimal monatlich seit 1896. Editors: Rediley, Chilsom und Winslow.

5. „The Laryngoscope". St. Louis. Monatsschrift, gegründet im Jahre 1896, redigirt von M. Goldstein.

6. „Journal of the respiratory organs", ebenfalls Monatsschrift, gegründet im Jahre 1889 von Mount Bleyer in New York.

Ich gehe jetzt zu den laryngo-rhino- resp. otologischen Gesellschaften über, an denen Amerika besonders reich ist, und deren Zahl 15 beträgt. Zu den wichtigsten derartigen Gesellschaften gehören:

1. „New York Laryngological Society", welche im Jahre 1873 von Clinton Wagner gegründet wurde.

2. „American Laryngological Association", von Davis in Chicago im Jahre 1878 begründet (der erste Präsident war Elsberg), zählt gegenwärtig 82 active Mitglieder, welche sich jährlich versammeln.

3. „Section of Rhinology and Laryngology of the New York Academy of Physicians". Gegründet im Jahre 1885 unter dem Präsidium von Rufus Lincoln.

4. „American Laryngological, Rhinological and Otological Society", welche im Jahre 1895 gegründet wurde und ihre Versammlungen jährlich in ver-

schiedenen Städten von Nordamerika abhält, von denen die letzte (13.) in New York im Jahre 1907 (Präsident Wendell Philipps) stattfand. Sie veröffentlicht ihre Arbeiten jährlich in den „Transactions of Amer. Laryngol., Rhinol. and Otol. Society“ und zählt gegenwärtig 269 amerikanische und ausländische Mitglieder.

Diese Gesellschaft theilt sich in vier Sectionen: a) „Southern“, welche im Jahre 1897 von Scheppegrell in New Orleans gegründet wurde, b) „Middle“, c) „Eastern“, schliesslich d) „Western Section“.

5. „Western Ophthalmological, Otological, Laryngological and Rhinological Association“, welche in St. Louis im Jahre 1897 gegründet und seit 1903 verändert wurde in die

6. „Academy of Ophthalmology and Otolaryngology“ (der gegenwärtige Vorsitzende ist Stucky).

Ausserdem bestehen in allen grösseren Städten von Nordamerika (New York, Chicago, Philadelphia, St. Louis und St. Francisco) Gesellschaften für Rhinolaryngologie resp. Otologie.

II. Die Entwickelung der Rhino-Laryngologie in Grossbritanien und Irland.

In dem Vereinigten Königreich und seinen Colonien lagen die Verhältnisse für die Entwickelung der Laryngologie bis vor kurzer Zeit viel ungünstiger als in Nordamerika, vor allem was die staatliche Anerkennung dieser Specialitäten betrifft.

Das „Royal College of Physicians“ hat nur zwei „fellows“, die ausschliesslich als Specialisten practiciren, nämlich Sir Felix Semon und St. Clair Thomson; ferner hat an der „University of London“ gegenwärtig (seit sechs Jahren) ein Laryngologe (Prof. Sir Felix Semon) einen Sitz im Rath der Facultät für vorgeschrittene Studien.

In Schottland und Irland wird jetzt überall Laryngologie und Rhinologie an den Universitäten (Logan Turner in Edinburg, Walker Downie in Glasgow) und in den Hospitälern gelehrt. An den Provinzialuniversitäten wird Laryngologie gelehrt von S. Moritz (Victoria University, Manchester) und Watson Williams (Bristol). Obligatorisch aber ist das Studium nicht, und ebensowenig sind Laryngologie und Rhinologie obligatorische Examengegenstände, obwohl hin und wieder diesbezügliche Fragen gestellt werden.

Jedenfalls ist es ein erfreuliches Zeichen, dass sich die Leitung der laryngologischen Abtheilungen jetzt an den meisten grossen Hospitälern Londons (durchaus nicht in allen!) in den Händen von Specialisten befindet*).

Ausserdem existiren in London gegenwärtig vier Specialhospitäler, nämlich das älteste noch von Sir Morell Mackenzie gegründete: „Hospital for diseases of the Throat“ und „Central London Throat and Ear Hospital“, das „London Throat

*) Für diese freundlichen mir von Prof. Sir Felix Semon in London angegebenen Details spreche ich ihm an dieser Stelle meinen herzlichen Dank aus.



Hospital" und das „Metropolitan Ear, Nose and Throat Hospital", an welchen reguläre klinische Curse der Laryngo-Rhino- resp. Otologie für Studenten und Aerzte abgehalten werden.

England ist das eigentliche Vaterland des Laryngoskopes, denn in London lebte der als hervorragendster Gesangslehrer bekannte Manuel Garcia und veröffentlichte dort seine berühmten „Observations on the Human Voice" im Jahre 1855. Er ist erst vor zwei Jahren im Alter von 102 Jahren gestorben.

Die ersten, welche in England resp. Grossbritanien das Laryngoskop in die Praxis eingeführt haben, waren Gibb (1860) und Yearsley (1862. „Introduction to the Art of Laryngoscopy".), besonders aber Sir Morell Mackenzie, welcher der eigentliche Vater der englischen Laryngologie genannt werden kann.

Die anfänglich nicht zu zahlreichen Specialisten für Laryngologie, Rhinologie resp. Otologie haben sich später, besonders aber seit 25 Jahren, ganz erheblich vermehrt.

Sie bildeten bis zur letzten Zeit zwei Gesellschaften: 1. „British Laryngological, Rhinological and Otological Association", gegründet im Jahre 1888 von Sir Morell Mackenzie, welche jährlich ihre Versammlungen in verschiedenen Städten abhielt, und 2. „The Laryngological Society of London", begründet im Jahre 1893 von Sir Felix Semon; ihre Arbeiten wurden in den „Proceedings of the Laryngological Society of London" veröffentlicht. Gegenwärtig sind diese beiden Gesellschaften, so wie auch eine dritte, nämlich die „Otological Society of the United Kingsdom" als zwei von einander unabhängige und den anderen Sectionen gleichgestellte Abtheilungen, nämlich als eine laryngologische und eine otologische Section in die im Jahre 1907 gegründete „Royal Society of Medicine" aufgenommen; die laryngologische Section zählt gegenwärtig über 166 ordentliche Mitglieder.

Wie ich schon erwähnt habe, steht an der Spitze der britischen Specialisten Prof. Sir Felix Semon in London, welchem die Laryngologie im Allgemeinen und speciell die englische zu grossem Dank verpflichtet ist.

Zu den hervorragendsten Specialisten der Gegenwart in Grossbritannien gehören ferner: Dundas Grant, der sich durch seine zahlreichen Arbeiten auf dem Gebiete der Laryngo-, Rhino- sowie auch Otologie, einen guten Namen gemacht hat, weiter de Havilland Hall, Symonds, Greville, Mac Donald, Lake, St. Clair Thomson, Ball, Spicer, Waggett, Parker, Tilley, Woakes, Horne, Mayo Collier, de Santi, Bond, Donelan, Lack, Clifford Beale, Bowlby, Davis, Hill, Hovell, Percy Kidd, Law, Nourse, Stephen Paget, Pegler, Potter, Powell, Robinson, Spencer, alle in London, ferner Norris Wolfenden, zusammen mit Morell Mackenzie Mitbegründer der einzigen Fachzeitschrift in Grossbritannien, Gordon Holmes, Verfasser der ausgezeichneten Monographie über die Geschichte der Laryngologie, Wingrave, bekannter Anatomo-Pathologe, schliesslich Butlin, ein namhafter Chirurg, Verfasser der ausgezeichneten ins Deutsche übersetzten Monographie über die Krankheiten der Zunge — alle gleichfalls in London; weiter Creswell Baber in Brighton, Mac Bride, Mackenzie Johnston, Logan Turner in Edin-

burg, Mac Intyre, Walker Downie, Kelly und Newman — alle in Glasgow; Hunt und Permewan in Liverpool; Milligan, Hodgkinson, Moritz, Westmacott in Manchester; Watson William und Barclay Baron in Bristol, Bennett in Leicester, Davison in Bournemouth, Marsh in Birmingham, Paterson in Cardiff, Sandford in Cork, Smurthwaite in Newcastle, Woods in Dublin. In den Colonien: Birkett in Montreal, Price Brown in Toronto, Brady in Sydney und viele andere, welche ich hier wegen Mangels an Raum nicht erwähnen kann. Von den in Grossbritannien während des Zeitraumes von 1858—1908 gestorbenen Laryngo-Rhinologen muss ich ausser Mackenzie noch die olgenden anführen: Sir George Johnson, den Senior der Londoner Laryngolofgen, Lennox Browne, Verfasser einer der ältesten laryngo-rhinologischen Handbücher, ferner Whistler, Stewart, Spencer Watson, schliesslich Kanthack, den bekannten Anatomo-Pathologen — alle in London; ferner Hunter Mackenzie in Edinburg, Smyly in Dublin — alle hervorragende Vertreter der Laryngo-Rhinologie in Irland, Schottland und den Colonien.

Was die laryngologischen Zeitschriften in Grossbritannien betrifft, so existirt nur eine einzige, nämlich das in London im Jahre 1887 von Morell Mackenzie und Norris Wolfenden gegründete: „Journal of Laryngology, Rhinology and Otology". Die gegenwärtige Redaction bilden: Mac Intyre, Dundas Grant, Sandford und Milligan, sowie eine ganze Reihe von namhaften ausländischen Mitarbeitern.

Bereits in der vorlaryngoskopischen Periode existirten in Grossbritannien Lehrbücher der Laryngologie, nämlich das von Porter (1826), sowie Ryland (1837). Von den in der Zeit von 1858—1908 erschienenen Lehr- und Handbüchern seien folgende aufgeführt:

1. Duncan Gibb, „On diseases of the throat and windpipe". London 1860. II. Aufl. 1861.
2. Marcet, „Clinical notes on diseases of the larynx". London 1869.
3. Spencer Watson, „Diseases of the nose and its accessory cavities". London 1875. II. Aufl. 1890.
4. Lennox Browne, „The throat and nose and their diseases". London 1878. IV. Aufl. 1894.
5. Morell Mackenzie, „Manual of diseases of the throat and nose". London 1882, 1884. Gleichzeitig ins Deutsche von Felix Semon übersetzt.
6. Creswell Baber, „A guide to the examination of the nose". London 1886.
7. Greville Mac Donald, „A treatise on diseases of the nose and its accessory cavities." London 1890.
8. James Ball, „Diseases of the nose and larynx". London. 1890. III. Aufl. 1897.
9. Hutchinson, A manual of diseases of the nose and throat". London. 1891.
10. Mc. Bride, „Diseases of the nose, throat and ear". Edinburg. 1892. III. Aufl. 1900.
11. de Havilland Hall, „Diseases of the nose and throat". London. 1894.
12. Watson Williams, „Diseases of the upper respiratory tract". Bristol. 1894.
13. Walter Downie, „Clinical manual of diseases of the throat. Glasgow. 1894.



14. de Havilland Hall and Herbert Tilley, „Diseases of the nose and throat“. London. 1900.
15. Parker, „A handbook for diseases of the nose and throat. London. 1906.
16. Richard Lake, „The diseases of the nose and its accessory sinuses“. London. 1907.
17. Waggett, „Diseases of the nose“. London. 1907.
18. Tilley, „Diseases of the Throat“. 1907.
19. Lack, „Diseases of the Nose etc.“. 1906.
20. „Diseases of the Nose, Throat and Ear“, in Clifford Allbutt's System of Medicine. (Von Sir Felix Semon, Watson Williams, Greville Macdonald, Tilley, Waggett u. A.) Zweite Auflage eben im Erscheinen.

Einige von diesen Büchern erlebten viele Auflagen (Gibb, Spencer und Watson je 2, Mc. Bride und James Ball je 3, schliesslich Lennox Browne sogar 4 Auflagen).

Zu den wichtigsten Monographien auf dem Gebiete der Laryngo-Rhinologie gehören:

Victor Horsley's „On the thyroid gland, its function and relation to myxoedema and cretinismus“. 1884. Proceed. of Royal Soc.

Butlin's „Diseases of the tongue“. London. 1885. (Ins Deutsche übersetzt von Beregszazy. 1887) und „The operative surgery of malignant diseases“. London. 1877.

Gordon Holmes, „History of the progress of Laryngology from the earliest times to the present“. London. 1885. Ins Deutsche übersetzt von Körner 1887.

Morell Mackenzie's „The hygiene of the vocal organs“. London. 1886.

Sir Felix Semon's „Diseases of the Larynx and Thyroid Gland in Heath's Dictionery of Practical Surgery. 1886. „Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige“. Intern. Centralbl. f. Laryngol. etc. 1889/90. „On the position of the vocal cords in quiet respiration of man and on the reflextonus of their abductor muscles“. Proc. Royal Society. Vol. 48. 1890, sowie „Die Entwickelung der Lehre von den motorischen Kehlkopfslähmungen seit der Einführung des Laryngoskops“. Virchow's Festschrift. 1891, „Die Nervenkrankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre“ in Heymann's Handb. d. Laryngol. u. Rhinol. 1898, und „Some Thoughts on the Principles of Local Treatment in Diseases of the Upper Air Passages“. London. 1902.

Richard Lake's „Laryngeal Phthisis or Consumption of the throat“. London. 1901 und viele andere mehr.

Fasse ich alles, was oben über die Entwickelung der Laryngologie und Rhinologie in Grossbritanien gesagt wurde, zusammen, so ergiebt sich, dass ungeachtet der durchaus nicht zu günstigen Verhältnisse und der mangelnden Förderung seitens des Staates, unsere Disciplin in Grossbritanien in den letzten 50 Jahren grosse Fortschritte aufzuweisen hat.

Abgesehen von der epochemachenden Entdeckung des Laryngoskopes durch Garcia, wurde vor Allem die Lehre über die Innervation des Kehlkopfes in England auf die glänzendste Weise gefördert, es wurde die Existenz phonatorischer und respiratorischer Centra in der Hirnrinde und Medulla oblongata nachgewiesen

(Semon und Horsley 1890, Risien Russel 1895), sowie von Semon das nach ihm benannte Gesetz (1880/81) aufgestellt, dass „bei allen progressiven organischen Lähmungen der motorischen Kehlkopfsnerven stets zuerst die Erweiterer der Stimmritze erkranken, während umgekehrt bei den functionellen Affectionen dieser Nerven die Verengerer fast ausschliesslich allein getroffen werden."

Sodann begründete Semon im Jahre 1880 die Lehre von den Erkrankungen des Crico-Arytaenoidgelenks durch seine Arbeit „On Mechanical Impairments of the Functions of the Crico-Arytaenoid Articulation (especially True and False Anchylosis and Luxation)" in der Medical Times and Gazette.

Ferner wurde in den letzten Jahren ebenfalls in England die Frage der operativen Behandlung des Kehlkopfkrebses vor allem von Butlin sowie Semon eingehend erörtert und die Superiorität der Laryngofissur über die anderen operativen Methoden bewiesen. Schon früher hatte Semon die Frühdiagnose des inneren Kehlkopfkrebses gefördert.

Weiterhin wurde von Semon (1883—1884) nachgewiesen, dass Kocher's Cachexia strumi- s. thyreopriva und das Myxoedem der englischen Autoren sowie andere analoge Zustände, wie Cretinismus und Tetania, auf derselben pathologischen Ursache beruhen, nämlich dem Mangel der Schilddrüse, und Horsley zeigte, dass sie mit Schilddrüsenpräparaten (Thyreoidin) erfolgreich behandelt werden können.

Semon hat ebenfalls im Jahre 1895 die von ihm bereits im Jahre 1890 aufgestellte Lehre bewiesen, dass das acute Larynxödem resp. Laryngitis submucosa acuta, sowie das sogenannte Massei's Erysipel des Kehlkopfes, ferner Senator's acute infectiöse Phlegmone des Pharynx, schliesslich die Angina Ludovici, identische pathologische Processe sind, und für dieselben den allgemeinen Namen „acute septische Entzündungen des Pharynx und Larynx" vorgeschlagen.

Das sind die wichtigsten Lorbeeren auf dem Gebiete der Laryngologie und Rhinologie, welche sich Grossbritanien resp. England seit der Einführung des Laryngoskops erworben hat. (Fortsetzung folgt.)

III. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente.

1) **Gradenigo. Ueber die Nothwendigkeit des obligatorischen Unterrichts der Otologie und Laryngologie an den Universitäten. (Sulla necessità dell'insegnamento obbligatorio della Otologia e della Laringologia nelle Università.)** *Archivio Italiano di Otologia etc. II. 1908.*

Verf. plaidirt dafür, den bisher facultativen Unterricht in Otologie und Laryngologie an den italienischen Universitäten zu einem obligatorischen zu gestalten, damit die Studenten gezwungen sind, wenigstens die hauptsächlichen practischen Kenntnisse in diesen Specialitäten sich anzueignen. Ein obligatorischer Unterricht besteht bisher nur an der Scuola Superiore di Sanità militare.

FINDER.



2) **W. Lamann** (St. Petersburg). **Zum ferneren Ausbau meiner Theorie des oberen Schutzvorrichtungssystems.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 7. 1907.*

Dieses fünfte Capitel „Das Binnenmuskelsystem der sogenannten ‚Wege'" soll den Nachweis erbringen, „dass noch andere entferntere Gebiete in Lamann's ‚Schutzsystem' hineingehören, und zwar die Gallen-, Harn-, Geschlechts- und andere ‚Wege'". Die Begründung, die sich zu kurzem Referat nicht eignet, muss im Original nachgelesen werden.

HECHT.

3) **T. v. Verebély. Die Aetiologie der Krebskrankheit. (A ràkbelegség Kóroktana.)** (Vorgetragen auf dem ungarischen Congress für Krebsforschung, 15. November 1906.) *Orvosi Hetilap. No. 48. 1906.*

Referat über den heutigen Stand der Krebsforschung. Ref. stellt fest, dass die Thatsachen einstweilen keinen Aufschluss darüber geben, wie sich die erste Krebszelle entwickelt, sie gewähren aber unverhoffte Einblicke in die weitere Entwicklung der Krebszellen, ihre Lebensbedingungen, und wie das Wachsthum beeinflusst, beschränkt werden kann.

v. NAVRATIL-POLYAK.

4) **Oskar Orth. Sarkom und Trauma.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 44. 1907.*

Unter Hinweis auf den Zusammenhang zwischen Trauma und Tumorentwicklung berichtet Autor über 2 Fälle, von denen der eine ein 14jähriges Mädchen betrifft, dessen Grossvater an einem Carcinom des Oberkiefers gestorben sein soll. 4—5 Monate nach Extraction eines Unterkiefer - Prämolaris — die Krone brach ab, die Wurzeln wurden einzeln und erst nach mehrfachen Versuchen extrahirt, anschliessend entwickelte sich eine abscedirende Periostitis — trat am Unterkiefer eine Geschwulst auf, die excidirt wurde; nach $^1/_2$ Jahr entwickelte sich im Bereiche der Narbe ein grosser Tumor, der durch Resection der Pars alveolaris des Unterkiefers entfernt wurde und sich als central sitzendes Osteosarkom (mikroskopisch: Riesenzellensarkom) erwies.

HECHT.

5) **S. S. Preobraschensky** (Moskau). **Ueber die Rolle der Nase, des Rachens und der Kehle bei Hämoptee. Pharyngitis haemorrhagica.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 79.*

Auf Grund seiner Erfahrungen an 16 Fällen, die er kurz mittheilt, stellt Verf. folgende Sätze auf:

1. Hämoptoe aus den oberen Luftwegen kommt weit häufiger zur Beobachtung, als allgemein angenommen wird.

2. Am häufigsten kommt es zu Blutungen aus entzündeten Bezirken, oder blos aus erweiterten Blutgefässen.

3. Bei richtiger Diagnose sind sie gewöhnlich leicht heilbar.

4. Die Blutmenge spricht weder für das eine, noch das andere Organ; ist die Blutung profus, so schliesst das ihren pharyngealen Ursprung noch nicht aus.

5. Die Benennung hämorrhagische Pharyngitis sollte ebenso anerkannt werden, wie die Bezeichnung hämorrhagische Laryngitis und Tracheitis wegen der hervorragenden Bedeutung, die der Hämoptoe als Symptom zukommt.

F. KLEMPERER.

6) **F. Parkes Weber. Multiple hereditäre Teleangiectasien der Haut und Schleimhäute, verbunden mit recidivirenden Blutungen. (Multiple hereditary telangiectases of the skin and mucous membranes associated with recurring haemorrhages.)** *Lancet. 20. Juli 1907.*

Eine 66jährige Jüdin weist hellrothe Angiome auf, die über Gesicht, Ohren, Lippen, Zunge, Mundschleimhaut und die conjunctivale Fläche der Augenlider verstreut waren. Es handelt sich um kleine Teleangiectasien. Es befanden sich solche auch auf der Schleimhaut in beiden Nasenhöhlen und auf der Vorderfläche der Epiglottis. Desgleichen waren ein paar nadelspitzgrosse Angiome unter den Fingernägeln. Pat. ist anämisch (rothe Blutkörperchen 2 833 000, weisse 11 350 in 1 ccm Blut). Geringes systolisches Geräusch. Centraler Fleck von Chorio-Retinitis im rechten Auge. Die Menopause war im 38. Jahre eingetreten. Das erste Angiom wurde constatirt auf der rechten Wange, als Pat. 42 Jahre alt war. Wenige Jahre vorher trat Nasenbluten auf. Während der letzten 6 Jahre hatte sie alle 2—3 Wochen Nasenbluten, was sich in den letzten 2 Jahren noch verschlechterte. Die Mutter der Pat. leidet an Epistaxis und hat 2 Flecken im Gesicht. Von den 9 Kindern haben 3 Söhne und eine Tochter Epistaxis und bei zwei von den Söhnen bestehen multiple Angiome der Haut und Schleimhaut. Pat. wurde mit Calciumlactat behandelt, jedoch ohne jeden Effect.

Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Das geschilderte Krankheitsbild kommt bei beiden Geschlechtern vor. 2. Hämorrhagien treten in den meisten Fällen nur auf der Nasenschleimhaut auf. 3. In den meisten Fällen ist das Krankheitsbild ohne jede Verbindung mit Hämophilie oder Verminderung der Blutgerinnbarkeit. 4. Die Hautangiome sind im Allgemeinen nicht congenital; man wird auf sie gewöhnlich im mittleren Lebensalter aufmerksam. Manche von den kleinen rothen Punkten der Capillarangiome haben die Neigung, sich zu blaurothen Knötchen zu entwickeln, die dem cavernösem Venenangiom ähneln. 5. In den meisten Fällen besteht eine Neigung zu Nasenbluten vom frühen Lebensalter an oder in jedem Fall viele Jahre, bevor irgend ein Hautangiom aufgetreten ist. 6. Mit zunehmenden Jahren nehmen die Blutungen und die Anämie zu. 7. Wahrscheinlich bildet sich eine Art von „circulus vitiosus", indem die wiederholten Anfälle von Blutung zu einer schweren Anämie führen, die ihrerseits die Neigung zur Hämorrhagie vermehrt. Auf Grund dieser Erwägung ist gelegentlich die Anwendung von Eisen und Arsen als ein Theil der Therapie gerechtfertigt. 8. Die hereditäre Veranlagung zur Bildung blutender Teleangiectasien kann mit der gelegentlichen familiären Tendenz zu Hämorrhoiden oder zu Varicen an den unteren Extremitäten verglichen werden.

ADOLPH BRONNE.

7) **William Osler** (Oxford). **Ueber multiple hereditäre Teleangiectasien mit recidivirenden Blutungen.** *Quarterly Journal of Medicine. Vol. I. No. I. October 1907. Oxford.*

In der Einleitung definirt der Verf. die verschiedenen Formen von Teleangiectasien, von denen er einige aufzählt; für die multiplen hereditären Teleangiectasien mit wiederholten Blutungen führt er zwei Fälle eigner Beobachtung an.

Im ersten, den er früher in John Hopkin's Hospital Journal Vol. XII berichtete, führt er die Krankengeschichte von zwei Mitgliedern einer Familie an, die zahlreiche Teleangiectasien auf Haut und Schleimhäuten zeigten und die seit der Kindheit Blutungen aus der Nase und aus einigen der Flecke hatten. Sieben Familienmitglieder litten daran. Nach dem Tode eines derselben fand man Teleangiectasien in der Schleimhaut des Magens sowohl wie der Nase.

In vorliegender Arbeit theilt Verf. die Geschichte einer anderen Familie mit. Der Hauptpatient war der Vater, der seit der Kindheit an Blutungen aus verschiedenen Teleangiectasien der Haut, sehr häufig der Mundhöhle und am meisten der Nase litt. Pat. gehörte zu einer Bluterfamilie; sein Vater, Grossvater und eine Schwester hatten die Flecke gehabt und an Blutungen gelitten, und sein Sohn, ein junger Mann von 20 Jahren, hatte gelegentlich an Nasenbluten gelitten, jedoch keine Flecken gehabt. Dieser Patient wurde durch innerliche Darreichung von Calciumlactat gebessert, während die prominentesten Flecke im Gesicht gleichzeitig mit der elektrischen Nadel behandelt wurden.

Verf giebt dann Berichte über mindestens 8 Familien, die dieser eigenthümlichen Affection unterworfen waren und deren Fälle beschrieben worden sind und zeichnet dann das klinische Bild der Erkrankung. Die ausgezeichnete Arbeit ist mit zwei Illustrationeu versehen.

FELIX SEMON.

8) K. M. Menzel (Wien). **Beitrag zur Kenntniss der leukämischen Veränderungen in der Schleimhaut der oberen Luft- und Digestionswege.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 39.*

Ausführliche Krankengeschichte eines Falles von chronischer lymphatischer Leukämie, welche aus einer Pseudoleukämie hervorging und nach etwa 3jähriger Beobachtung mit einem Anfalle, der dem Bilde einer acuten Leukämie entsprach, zum Tode führte. Während der ganzen Beobachtungsdauer bestand eine diffuse colossale Infiltration des weichen Gaumens, beider Tonsillen und Gaumenbögen, Uvula und des Zungengrundes. In diesen infiltrirten Gebilden kam es zeitweise zu Entzündungsattaken, welche die Schwellung noch mehr steigerten, einige Tage dauerten und zu lebensbedrohenden dyspnoischen Anfällen Anlass gaben. In einem derartigen Anfall entstand auf der Uvula ein Geschwür, das nach kurzer Zeit spontan heilte. Ferner entwickelte sich kurz vor dem Tode auf der einen Tonsille ein grösseres gangränöses Geschwür. Das letztere fasst Verf. als specifisch leukämisches Geschwür auf, das erste geheilte aber führte er auf eine accidentelle Verletzung durch Fremdkörper, Speichel oder anderes zurück.

F. KLEMPERER.

9) Vignard. **Scharlach mit multiplen Complicationen nasopharyngealen Ursprungs. (Scarlatine avec complications multiples d'origine rhino-pharyngée.)** *Société de chirurgie Lyon. 27. Juni 1907 im Lyon médical. No. 38. 1907.*

Die Infection des Nasenrachens erfolgte wahrscheinlich durch die adenoiden Vegetationen — dann trat Stirnhöhlenempyem und linksseitige Mastoiditis mit Phlebitis des Sinus lateralis auf. Man trepanirte den Sinus, öffnete den Warzenfortsatz, unterband die Jugularis interna und drainirte den Sinus lateralis. Kurze

Zeit darauf zeigte sich übrigens eine eitrige Arthritis der linken Schulter, welche die Arthrotomie nothwendig machte. Pat. genas. GONTIER de la ROCHE.

10) **Van den Wildenberg. Directe Methoden zur Untersuchung der oberen Luft- und Digestionswege. Demonstration an Kranken. (Methodes directes d'examen des voies respiratoires et digestives supérieures. Demonstration sur malades.)** *Anvers Médical. No. 1. 1907.*

In der Antwerpener med. Gesellschaft bespricht der Autor der Reihe nach die directen Methoden zur Untersuchung der oberen Respirations- und Digestionswege mit der Oesophagoskopie beginnend, welche er zu gleicher Zeit an einem Kranken demonstrirt, den er zum zweiten Male ösophagoskopirt und bei welchem es sich um einen Krebs handelt; er zeigt dabei praktisch die Vorzüglichkeit der Methode für die Entfernung von Fremdkörpern, indem er mit einer langen Zange einen Wattetampon entfernt, welcher sich losgelöst hatte und jenseits des Oesophagoskopes sass. Darauf geht er zur Tracheoskopie über, indem er dieselbe ebenfalls an einem Kranken ausübt, den er nur einmal zuvor tracheoskopirt hatte. Er führt einige Fälle an, bei welchen er die Methode mit Erfolg angewandt hatte und bei welchen es sich um die Enucleation stenosirender Kröpfe handelte.

Bei der Bronchoskopie bespricht er zuerst die obere und die untere Bronchoskopie und schliesst daran an die Mittheilung von einem Fremdkörper, welcher bei einem 7jähr. Kinde 2 Jahre lang in den Bronchien verweilt und zwar in der rechten Lunge zwischen der 4. und 5. Rippe. Die Anwesenheit des Fremdkörpers, einer metallenen Bleistiftkuppe, wurde erst nach einem Jahre durch die Radioskopie festgestellt. 9 Monate darauf wollte der Autor die Bronchoskopie vornehmen und administrirte zuvor dem kleinen Kranken ein Abführmittel, welches aber einen Brechdurchfall veranlasste mit einem heftigen Hustenanfall; in demselben Augenblick verspürte das Kind einen heftigen Schmerz in der Höhe des Kehlkopfs und stiess, von der Umgebung zum Lachen gebracht, unter einem Strom äusserst fötiden mit Blut vermengten Eiters den Fremdkörper aus — darauf Reconvalescenz. BAYER.

11) **Halász. Werth des Saugverfahrens in der Oto-Rhinologie.** *Orvosi Hetilap. No. 41. 1907.*

Lobt dasselbe als diagnostisches und therapeutisches Verfahren bei Nebenhöhlenempyem, sowie bei Ozaena und Rhinitis atrophicans. v. NAVRATIL.

12) **Irsay. Ueber den Heilwerth des Thiosinamins im Anschlusse an Krankenfälle.** *Budapesti Orvosi Ujság. No. 46. 1907.*

J. gebrauchte anfangs 10—15 proc. Lösungen von Thiosinamin, später Fibrolysin subcutan in 11 Fällen von Oesophagusstrictur nach Verätzungen mit Laugenstein. In einem Falle ohne Sondirung, in den übrigen mit Sondirung combinirt. Nach J. dilatirt das Thiosinamin die Strictur nicht, erweicht sie aber und macht sie der Sondirung mehr zugänglich. v. NAVRATIL.

13) **W. Uffenorde** (Göttingen). **Mittheilung über Erfahrungen mit Merk'scher Stypticinwatte in der Praxis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd 18. S. 306.*

Verf. empfiehlt warm die Stypticinwattetamponade, die er in ca. 30 Fällen mit Erfolg angewendet hat. Sie erspart die feste Tamponade, welche für den Patienten grosse Unannehmlichkeiten hat. Die Stypticinwatte braucht nur in dünner Schicht auf die blutende Partie aufgelegt zu werden; eventuell wird diese Schicht noch durch einen kleineren Tampon von gewöhnlicher Watte fixirt. Gewisse Nachtheile der Stypticinwatte, ihr unangenehmer Geschmack und ihre Incohärenz, in Folge deren bei der Entfernung des Tampons der hintere Theil leicht abreisst, dürften von der Firma Merk auf Anregung des Verf.'s noch behoben werden.

F. KLEMPERER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Beitrag zur Beleuchtung der Beziehungen zwischen Nasen- und Augenkrankheiten.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 478.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die Literatur und berichtet über zwei Fälle von retrobulbärer Neuritis optica, deren Ursprung in einer latenten Eiterung des Sinus sphenoidalis und ethmoidalis posterior gelegen war.

F. KLEMPERER.

15) **William C. Posey. Die Nebenhöhlen der Nase vom ophthalmologischen Standpunkt. (The accessory sinuses of the nose from an ophthalmological standpoint.)** *N. Y. Medical Journal. 2. März 1907.*

Verf. bespricht die retrobulbäre Entzündung in Folge Ethmoiditis und Sphenoiditis, sowie Parese und Paralyse der Augenmuskeln aus derselben Ursache, Orbitalabscesse mit Verdrängung des Bulbus, Oedem der Lider, ein Symptom, dem Verf. grosse Bedeutung zulegt. In Fällen, wo der Nasenrachen mehr als die Sinus afficirt ist, war die Conjunctiva torpid und mit Follikeln besetzt; in einem Fall schien ein Geschwür der Cornea von einer Ethmoiditis abzuhängen, Refractionsanomalien waren bedingt entweder durch den von einem dilatirten Sinus ausgeübten Druck oder vielleicht indirect als Folge von Congestion und Spasmen des Ciliarmuskels.

LEFFERTS.

16) **William C. Posey. Die Stellung des Ophthalmologen bei der Behandlung von Krankheiten der Nasennebenhöhlen. (The position of the ophthalmologist in the treatment of diseases of the accessory sinuses of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 2. November 1907.*

P. wurde von einer 61 jährigen Frau wegen einer Vorwölbung des Auges nach vorn und unten, die durch Druck nicht verändert wurde und nicht pulsirte, consultirt. Ober- und Unterlid waren ödematös, die ganze linke Schläfen- und Stirngegend geröthet, die Haut darüber gespannt und die Venen prominent und dilatirt. Unter der Orbitalspalte palpirte man eine feste glatte Masse, die Retinalgefässe waren gefüllt, besonders die Venen und es bestand Venenpulsation. Die Papille war

blass, es bestand erhebliche Gesichtsfeldbeschränkung im oberen Quadranten. Die Nasenuntersuchung eines Rhinologen fiel negativ aus; es bestand nur ein feiner Schatten über der linken Kieferhöhle. Später fand man jedoch ein nekrotisches Knochenstück in der Vorderwand der linken Keilbeinhöhle, die zum Theil entfernt wurde. Nach einem Monat Operation: Incision über der linken Augenbraue, durch die die Gewebe unter dem Supraorbitalraum freigelegt wurden. Es zeigte sich sofort eine Mucocele mit gelatinösem Inhalt, der Supraorbitalrand war sehr beschädigt, und der Finger gelangte in eine enorm erweiterte Stirnhöhle; diese wurde ausgeräumt, ein Drain eingelegt und die Wunde geschlossen. Pat. starb unter anämischen Symptomen.

Die geeignetste Person zur Operation solcher Fälle ist nach Ansicht des Verfassers: Jemand, der gleichzeitig Rhinologe und Ophthalmologe ist. Andernfalls müssen beide Specialisten Hand in Hand arbeiten. Jedenfalls müsste in Fällen von Orbitalcomplicationen der Ophthalmologe die Thätigkeit des Rhinologen controlliren.

LEFFERTS.

17) **Compaired** (Madrid). **Ueber die Augenaffectionen nasalen Ursprungs. (Acerca de las afecciones oculares de origen nasal.)** *Revista de medicina y cirurgia prácticas. 1907.*

Die Nasenaffectionen führen zu reflectorischen und per continuitatem fortgeleiteten Augenerkrankungen. Immer erfolgt die Fortleitung von der Nasenschleimhaut zur Conjunctiva, niemals umgekehrt wegen der bactericiden Eigenschaft des Nasensecrets. Verf. führt mehrere Fälle zur Stütze für seine Behauptung an.

TAPIA.

18) **F. Kaiser. Ueber einen Fall von Orbitalphlegmone mit Abscessbildung in der Nasen-, Wangen- und Schläfengegend und mit Betheiligung der Nasenhöhle und des Rachens.** *Dissertation. Heidelberg 1905.*

Der Titel giebt den Inhalt an. Bezüglich der Aetiologie nimmt Verf. an, dass es sich um eine primäre idiopathische Orbitalphlegmone handelt; doch ist bei Durchlesen der Krankengeschichte die Annahme näher liegend, dass die Orbitalphlegmone von einer Nebenhöhleneiterung ausging.

OPPIKOFER.

19) **N. Müller. Ueber die Orbitalphlegmone.** *Dissertation. Würzburg 1905.*

Besprechung der Aetiologie der Orbitalphlegmonen; Literatur unvollständig und einseitig berücksichtigt. Hinzufügen von 7 Fällen, die auf der Augenklinik zu Würzburg beobachtet wurden: 3 dieser Orbitalphlegmonen schlossen sich an ein äusseres Trauma an, der 4. Fall an eine Sondirung und dabei geschaffene Verletzung des Thränennasenganges; bei den 3 übrigen Fällen war die Aetiologie unklar.

OPPIKOFER.

20) **Heyninx. Sechs Fälle von Orbitalcomplicationen von Nasen- und Nasennebenhöhlenerkrankungen. (Six cas de complications orbitaires de maladies du nez et des sinus.)** *La Presse Méd. Belge. No. 20. 1907.*

In der medico-chirurg. Gesellschaft von Brabant macht H. die Mittheilung von sechs Fällen von Orbitalcomplicationen von Nasen- und Nasennebenhöhlenerkrankungen mit Krankenvorstellung.

1. Fall: Totalausräumung der rechtsseitigen Nebenhöhlen (Sin. front. ehmoid. u. sphenoid.) wegen bilateraler Ozaena mit Orbitalcomplicationen (Exophthalmus mit Drucksteigerung des Augapfels, intensiver Chemosis und bedeutendem passivem Oedem der oberen und unteren Augenlider, kurz allen Zeichen von Intraorbitalcompression mit Exsudatbildung, herrührend von einer Ostitis ethmoid. mit drohender Phlebitis der Ven. ophthalm. und einer Temperatur von 39,4°). Resultat sehr zufriedenstellend.

2. Fall: 10jähr. Knabe, nach einem heftigen Schlag auf den Schädel Epistaxis und darauf Symptome von Intraorbitalcompression, ähnlich wie im ersten Fall, ohne Fieber und ohne septische Erscheinungen. Heilung ohne Intervention. H. diagnosticirt: Siebbeinfractur mit Repercussion auf den Sehapparat.

3. Fall: 30jähr. Frau mit alter Sinusitis ethmoid. und sphenoid. rechts, auch Polypenbildung; Atrophie der Sehnerven, hinterem Staphylom mit atrophischer Stelle der Chorioidea in der Gegend der Macula. H. meint, die Operation, welche zur rechten Zeit vorgenommen, das Auge hätte retten können, wäre noch indicirt, um eine sympathische Erkrankung des anderen Auges zu verhüten und die Kranke von ihren Schmerzen zu befreien.

4. Fall, welchen H. früher schon vorgestellt hatte, und bei welchem nach der Radicaloperation der Sinus das Sehvermögen wieder vollständig normal wurde, wie auf der anderen Seite.

5. u. 6. Fall: Flimmerskotom in Folge von Hypertrophie der mittleren Muschel. Die Abtragung derselben genügte, um die Affection, welche die Augenärzte als „Teichoskopie“ oder „Augenmigräne“ bezeichnen, zum Verschwinden zu bringen. Bei der Discussion werden die Behauptungen von H. von den Augenärzten kritisirt und zum grössten Theil refüsirt.

BAYER.

21) **Ernst Huber** (Erlangen). **Intraorbitale und endocranielle Complicationen in einem Falle von doppelseitiger Nasennebenhöhleneiterung bei Ozaena.** *Mit 6 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 10. 1907.*

Bei der 37jährigen Patientin handelte es sich um eine wahrscheinlich luetische Erkrankung der Nase mit kariösen Defecten der Knochenwandungen. Defecte bestanden in der Lamina papyracea des rechten Siebbeines, ferner war fast die ganze Lamina cribrosa zerstört, ausserdem bestand ein von der rechten Keilbeinhöhle ausgehender grosser Defect im Türkensattel. Ein bestehender Frontallappenabscess mit consecutiver eitriger Leptomeningitis führte trotz mehrfacher operativer Eingriffe ad exitum. Die in extenso berichtete Krankengeschichte eignet sich nicht zu kurzem Referat, bezüglich ihrer Details nebst ihren interessanten Abbildungen müssen wir auf das Original verweisen.

HECHT.

22) **Meyer** (Berlin). **Zur nasalen Behandlung der Epiphora.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 23. 1906.*

Thränenträufeln kann 1. reflectorisch durch Reiz in der Nase, 2. durch mechanische Behinderung des Abflusses durch Verlegung des Thränennasencanals hervorgerufen werden. Das letztere kann in der Nase durch Hypertrophien der unteren Muschel, durch Borkenbildung, Septumdeviation, Polypen, hervorgerufen

werden. Es kann aber auch eine besondere Form der unteren Muschel, die nur einen schmalen unteren Nasengang freilässt, zur Epiphora disponiren. Verfasser empfiehlt in solchem Falle die Abspreizung der unteren Muschel mittelst stumpfer Nasenzange, welche die Muschel genügend weit nach hinten fassend, dieselbe nach dem Septum zu umknickt. In 6 Fällen schwand das Thränenträufeln prompt nach dem Eingriff.

ALBANUS (ZARNIKO).

23) **Franc. E. Brawley. Die Beziehung der Nebenhöhlenerkrankungen zu Augenkrankheiten. (The relation of diseases of the nasal accessory sinuses to diseases of the eyes.)** *N. Y. Medical Journal. 30. März 1907.*

Verf. bespricht die Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel mittelst der Schlinge in Fällen von Iridocyclitis.

LEFFERTS.

24) **Hanan W. Loeb. Eine Studie über die Anatomie der Nasennebenhöhlen. (A study of the anatomy of the accessory sinuses of the nose.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Genaue Untersuchungen über den Durchmesser der Nebenhöhlen, gezeigt durch Reconstructionen von vorn, oben und der Seite. Die Fehlerquellen sind auf das grösstmögliche Minimum reducirt.

EMIL MAYER.

25) **A. Logan Turner. Mucocele der Nasennebenhöhlen. (Mucocele of the accessory nasal sinuses.)** *Edinburgh Medical Journal. November-December 1907.*

Verfasser giebt die klinische Geschichte von 10 Fällen von Dilatation der Stirnhöhle und Ethmoidalzellen, die er beobachtet hat. Die Stirnhöhle war in 7 Fällen betroffen, der rechte Sinus in 6, der linke in 1; die Siebbeinzellen in 3, die rechten in 2, die linken in 1. Sieben Fälle betrafen Weiber, drei Männer. Das Alter schwankte zwischen 18 und 52 Jahren. Der Augapfel war in sieben von den zehn Fällen dislocirt. In sechs Fällen fand sich in der Nebenhöhle nichts Abnormes. Verf. ist geneigt, die Entstehung so zu erklären, das die Sinuswände chronisch entzündet sind, das Ostium partiell oder völlig verlegt wird und sich der Schleim aus den Drüsen der auskleidenden Schleimhaut ansammelt. In Fällen von Stirnhöhlenmucocele soll die Höhle von aussen eröffnet und eine breite Oeffnung nach der Nase zu erhalten werden. In manchen Fällen von Ethmoidalmucocele kann durch intranasale Operation Heilung herbeigeführt werden.

AUTOREFERAT.

26) **J. W. Gleitsmann. Tuberculose der Nasennebenhöhlen. (Tuberculosis of the accessory sinuses of the nose.)** *The Laryngoscope. Juni 1907.*

Cfr. Verhandlungen der 29. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Mai 1907.

EMIL MAYER.

27) **Coulomb. Arterielle und venöse Circulation des Oberkiefers. (Circulation artérielle et veineuse du massif maxillaire supérieur.)** *Thèse de Bordeaux. 1907.*

Die Arterien für das Oberkiefermassiv kommen aus der Maxillaris interna durch deren Aeste, die A. alveolaris, suborbitalis, palatina superior und spheno-

palatina; accessorisch nehmen daran theil: die A. facialis, die temporalis superficialis und die ophthalmica. Die venösen Abflüsse sind: der Plexus alveolaris und der Plexus pterygoideus, die ihr Blut in die Jugularis interna (durch die Facialis) oder in die Jugularis externa (durch die Maxillaris interna) führen. Es sind zahlreiche Gefässe, jedoch sind sie sehr klein und genügen kaum zur Ernährung; die Abflusswege sind unzulänglich, immer nur eine Vene für jede Arterie.

BRINDEL.

28) **O. Schürch** (Bern). **Ueber die Beziehungen der Grössenvariationen der Highmorshöhlen zum individuellen Schädelbau und deren practische Bedeutung für die Therapie der Kieferhöhleneiterungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 229.*

S.'s Messungen beziehen sich auf 118 Schädel. Er constatirt, dass bei kleinen Highmorshöhlen der zugehörige Gaumen höher und vor allem schmäler ist, als bei grossen Highmorshöhlen. Dagegen lässt weder die Configuration des ganzen Schädels noch auch diejenige des Gesichtsschädels einen annähernd sicheren Schluss ziehen auf den volumetrischen Inhalt der Oberkieferhöhlen; und Aehnliches trifft zu für die absoluten Grössenverhältnisse des Oberkiefers verglichen mit denjenigen der Highmorshöhlen. — In practischer Hinsicht zieht S. aus seinen Untersuchungen die Schlussfolgerung, dass bei schmalem hohen Gaumen sowohl die Anbohrung der Kieferhöhle vom Alveolarfortsatz aus, wie die Anbohrung bezw. die Punction vom unteren Nasengange aus auf ungleich grössere Schwierigkeiten stossen muss, als bei plattem Gaumen.

F. KLEMPERER.

29) **Capart jr. Seltene Kieferhöhlenanomalie. (Anomalie rare du sinus maxillaire.)** *Journal méd. de Bruxelles. No. 48. 1907.*

Ungewöhnlich breite Nasenhöhlen, ohne Atrophie mit wohlgeformten Muscheln; die äusseren Nasenwände sind sehr stark nach aussen hin entwickelt; typischer Fall der von Zuckerkandl angeführten Anomalie. Wenn man an dem Präparat die Eröffnung des Antrums von der Fossa canina aus versucht, so kommt man in die Nasenhöhle. Beim ersten Anblick könnte man glauben, es existire kein Sinus maxill.; dem ist aber nicht so, es ist sogar ein voluminöser vorhanden, der aber nach hinten oben, fern von den Zähnen verdrängt ist. Der Weisheitszahn nähert sich demselben am meisten, und auch dieser ist noch 17 mm — von seinem Hals an gemessen — entfernt.

Bei der Behandlung einer Sinusitis wäre der Alveolarweg unmöglich und die Radicaloperation müsste unter ganz ungewöhnlichen Bedingungen in der nächsten Nachbarschaft des Auges vorgenommen werden.

BAYER.

30) **Gyergyai. Zahncyste in die Highmorshöhle eindringend.** *Orvosi Hetilap. No. 41. 1907.*

Die Cyste war apfelgross.

v. NAVRATIL.

31) **Brunel. Ein Fall von Zahncyste des Oberkiefers. (Un cas de kyste dentifère du maxillaire supérieur.)** *Annales d. maladies de l'oreille. März 1907.*

Bericht über den Fall eines $11^1/_2$ jährigen Mädchens.

BRINDEL.

32) **Schoetz** (Heidelberg). **Carcinom der Oberkieferhöhle auf permaxillarem Wege entfernt.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 9. 1907.*

Der Tumor wurde von Prof. Kümmel nach der Denker'schen Methode vollständig und erfolgreich entfernt. Patientin war nach 8 Monaten noch recidivfrei. Bericht der Krankengeschichte in extenso nebst anschliessenden epikritischen und technischen Erörterungen.

HECHT.

33) **De Graeuwe. Sarkomrecidiv des Oberkiefers. (Sarcome récidivé au maxillaire supérieur.)** *Journal de Chir. et Annal. de la Soc. Belge de Chir. No. 3. 1907.*

Vorstellung eines von Dr. Verhoogen vor einem Jahre mit partieller Resection des linken Oberkiefers wegen einer Geschwulst operirten Patienten, der vor einigen Wochen mit einem enormen Recidiv, das beide Oberkiefer sammt dem Gaumensegel einnahm, zurückkam.

Operation: Resection des ganzen Oberkiefers, eines Theiles des Siebbeins und des Keilbeins in der Rose'schen Kopflage ohne Tracheotomie und ohne Schwierigkeiten nach vorausgeschickter Ligatur der Carotis.

Zur Zeit hat das Gesicht ungefähr wieder sein ursprüngliches Aussehen angenommen; wenn der Kranke den Mund öffnet, erblickt man eine geräumige Höhle, welche sich bis zur Schädelbasis ausdehnt.

BAYER.

34) **'Thiery. Inoperables Sarkom des Oberkiefers, das unter Einwirkung der Röntgenstrahlen sich scheinbar schneller entwickelt hat. (Sarcome inopérable du maxillaire supérieur semblant avoir évolué plus rapidement encore sous l'action des rayons de Roentgen.)** *Société de Chirurgie. 4. December 1907.*

Die Röntgenbehandlung erscheint dem Verf. nicht nur wirkungslos, sondern in solchen Fällen häufig gefährlich.

GONTIER de la ROCHE.

35) **M. H. Cryer. Einige Variationen der Stirnhöhlen. (Some variations in the frontal sinuses.)** *Journal of the American Medical Association. 26. Januar 1907.*

Zwanzig Abbildungen demonstriren die verschiedensten Variationen. Es wird die Wichtigkeit radiographischer Aufnahmen für das Vorgehen des Chirurgen betont.

EMIL MAYER.

36) **H. J. H. Hoeve. Physiognomie und ihre Beziehungen zur Grösse und Ausdehnung der Stirnhöhle. (Physiognomy and its relation to the size and extent of the sinus frontalis.)** *The Laryngoscope. September 1907.*

Verf. unterscheidet den „motor type", „vital type" und „mental type" der Physiognomie, beschreibt die Qualität der Stirnknochen und die Grösse der Stirnhöhle in jedem. Er behauptet, dass beim „motor temperament" die Stirnhöhle klein oder fehlend, beim „vital temperament" sehr ausgedehnt und beim "mental temperament" von durchschnittlicher Grösse sei.

EMIL MAYER.

37) **Frolow. Zur Diagnostik der Geschwülste der Stirngegend. (K diagnostike opucholoir lobnai oblasti.)** *Prakt. Wratsch. p 469. 1906.*

F. führt die verschiedenen Geschwulstarten in der Stirngegend auf und theilt

dann einen Fall mit, wo nach einer operativ behandelten Periostitis sich eine Luftgeschwulst von Faustgrösse herausbildete. Die Luft entwich durch die Nase beim Druck und sammelte sich beim Niessen, Schnupfen u. s. w. wieder an.

P. HELLAT.

38) **Sprenger** (Stettin). **Ein Fall von Schleimhautcyste der Stirnhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 136.*

Eingehende Krankengeschichte. Als charakteristische Symptome einer Stirnhöhlencyste sieht Sp. Schmerzen in der Nasenwurzel an, die bis zur Nasenspitze ausstrahlen und des Nachts aufhören, ferner umschriebene Oedeme (Stirn, Nase) auf der erkrankten Seite.

F. KLEMPERER.

39) **Eljasson. Seltener Fall von Anomalie der Siebbeinhöhle. (Redki slutschai anomali reschetschatoi pasuchi.)** *Mittheil. der Baz. Klinik. Bd. 1. S. 375.*

Die Siebbeinhöhle befand sich hinter der Stirnhöhle.

P. HELLAT.

40) **Th. E. ter Kuile** (Enschede, Holland). **Pyocele des Stirn-Siebbeinlabyrinthes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 381.*

Mittheilung zweier Fälle; die Geschwulst im Augenhöhlenwinkel wie die (nur im ersten Falle bestehende) endonasale hatte feste Knochenwände. In beiden Fällen wurde durch relativ geringe Eingriffe leicht Heilung erzielt.

F. KLEMPERER.

41) **Moreau** und **Rollet. Ein Fall von lacrymo-ethmoidaler Mucocele. (Sur un cas de mucocèle lacrymo-ethmoidale.)** *Lyon médical. 28. April 1907.*

Die Geschwulst glich einer geschlossenen Dacryocystitis. In der Absicht, den Thränensack zu exstirpiren, schritt Verf. zur Operation. Er kam in eine mit schleimiger Flüssigkeit gefüllte Tasche, die das Siebbeinlabyrinth einnahm. Heilung ohne Naht und Drainage.

BRINDEL.

42) **A. Onodi** (Budapest). **Die Mucocele des Siebbeinlabyrinthes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 415.*

Eingehende Besprechung eines Falles, in welchem nach O.'s Untersuchungen die Mucocele „im Gebiete des Siebbeins in einer präformirten, mit Flimmerepithel bekleideten und mit Schleimdrüsen versehenen Höhle in Folge eines entzündlichen Reizes entstanden war". Der Befund des entzündlichen Zustandes erklärt die Steigerung der Schleimsecretion, die Schleimanhäufung, die Verlegung der Höhlenmündung, ferner die durch Knochenapposition und Knochenresorption bedingte Dilatation der Höhlenwandung, was sich in der Form einer den Augapfel verschiebenden fluctuirenden Geschwulst sowohl im inneren Augenwinkel als auch in der Nase repräsentirte.

F. KLEMPERER.

43) **Van Duyse. Siebbeinmucocele, einen intraorbitären Tumor vortäuschend. (Mucocèle éthmoïdale simulant une tumeur intraorbitaire.)** *La Belgique Méd. No. 19. 1907.*

20jähriger Mann, dessen linkes Auge nach aussen vorn und unten verdrängt war; am inneren Augenwinkel ein deutlicher Vorsprung, der sich bei der Be-

tastung als knöcherne, von oben nach unten unter dem Lig. palpebr. int. und hinter dem Os unguis hinziehende Vorwölbung erwies. Bei der rhinoskopischen Untersuchung ist nichts im Bereiche der mittleren Muschel zu constatiren. Diagnose: Solider Tumor des Siebbeinkörpers gutartiger Natur.

Operation: Bogenförmige Incision unterhalb und nach innen vom Orbitalrand; bei Loslösung des Periosts mit der Scheere tritt hinter dem Os unguis eine Masse bernsteinfarbiger Flüssigkeit aus; es handelt sich demnach um eine geschlossene Sinusitis ethmoid., welche die innere Orbitalwand zum Schwund gebracht und das Periost abgehoben hatte. Herstellung einer Drainage nach der Nasenhöhle; rasche Heilung.

Da der Patient im Alter von 13 Jahren einen Typhus durchgemacht hat und im Verlaufe der Reconvalescenz ohne Orbitalphlegmone eine Fistel vom inneren oberen Orbitalwinkel mit purulenter Absonderung aufgetreten war, so kann man mit der grössten Wahrscheinlichkeit annehmen, dass eine purulente metastatische Sinusitis pyogener Verwandtschaft sich im linken Siebbeinlabyrinth gebildet hat mit Ausgang in eine geschlossene Mucocele. — Es ist schon wieder in der Gegend der inneren Wand des Sin. ethmoid. ein Recidiv im Anzuge.

BAYER.

44) **Angelo Casali. Ein seltener Fall von Mucocele der rechten Stirnhöhle. (Un caso raro di mucocele del seno frontale destro.)** *Bollett. d. malattie dell'orecchio etc. Februar 1907.*

41jähriger Mann; vor 8 Jahren Fall auf die rechte Stirn; seit 10 Monaten bemerkt Patient, dass die rechte Lidspalte enger wird als die linke. Ein einige Zeit später consultirter Arzt constatirt eine harte Anschwellung über dem rechten Supraorbitalrand, verordnet Einreibungen und Jodkali, wonach vorübergehende Besserung. Bei der Aufnahme in die Klinik fand C. bei dem Patienten eine nussgrosse rundliche Anschwellung $2^1/_2$ cm über dem rechten Supraorbitalrand, die nach aussen bis zur äusseren Augenlidercommissur, nach unten bis zur Hälfte des oberen Lids reichte; sie war fluctuirend, dem Knochen adhärent, der über dem Orbitalrand eine Depression zu haben schien. Man fühlte an dieser Stelle Knochenknistern. Es bestand Exophthalmus rechts. Probepunction ergab klare Flüssigkeit, die steril befunden wurde. Operation October 1904: Nach Abtragung der vorderen Cystenwand sieht man in der Höhle die Pulsation der Meningealarterien. Es entleeren sich aus der Höhle ca. 200 ccm Flüssigkeit. Die Höhle schloss sich durch Granulationen. Verf. giebt eine genaue Beschreibung des bei der mikroskopischen Untersuchung der abgetragenen Cystenwand erhobenen histologischen Befundes. Auf Grund dieses Befundes und sorgfältiger sonstiger Erwägungen kommt Verf. zu dem Resultat, dass es sich hier nicht um eine Cyste, sondern um eine enorm dilatirte Stirnhöhle, und zwar um die Dilatation einer accessorischen Ausbuchtung einer solchen handle.

FINDER.

45) **Morestin. Extraction einer in der Lamina perpendicularis des Siebbeins festsitzenden Kugel. (Extraction d'une balle fixée dans la lame perpendiculaire de l'éthmoide.)** *Société de Chirurgie. 14. Januar 1908.*

Es handelte sich um eine seit 10 Jahren ohne Beschwerden ertragene Revolverkugel; vor 2 Jahren traten Erscheinungen auf in Form von Schwindel, Kopf-

schmerzen, Fieber, die immer mehr zunahmen. Die Radiographie erlaubte den Sitz des Geschosses genau festzustellen. Es sass in der Lamina perpendicularis des Siebbeins. Die Extraction war nach Herunterklappen des knöchernen Nasengerüsts leicht.

GONTIER de la ROCHE.

46) **Stucky** und **Lexnigton. Trauma des Siebbeins. Hirnabscess; Tod bei der Operation. (Traumatisme de l'ethmoide; abcès du cerveau; mort pendant l'intervention; autopsie.)** *Arch. internat. de laryng. No. IV. 1907.*

Nach dem Unfall zeigte Patient Erscheinungen von Eiteransammlung im Gehirn. Man fand bei der Autopsie Nekrose der Lamina cribrosa, eine Fractur der Lamina interna der Stirnhöhle, Erweichung der Stirnwindungen, die mit grünlichem Eiter inficirt waren.

BRINDEL.

47) **Humblé. Siebbeinnekrose nach Influenza. (Necrose post-grippale de l'ethmoide.)** *Annales et Bulletin de la Soc. de Méd. d'Anvers. Mai 1907.*

Vorstellung eines Falles von typischer Nekrose des Siebbeinlabyrinths, hervorgerufen durch den Pfeiffer'schen Influenzabacillus bei einem 26jähr. Mann.

H. nahm die Ausräumung des Siebbeinlabyrinths auf endonasalem Wege mit Resection der unteren und mittleren Muschel vor. Nach einer langen und schweren Reconvalescenz kam der Kranke zur Heilung.

BAYER.

48) **E. A. Bogue. Die Beziehung krankhafter Zustände im Nasenrachen zum Zahngewölbe. (The relation of pathological conditions of the nasopharynx to the dental arch.)** *N. Y. Medical Record. 15. Juni 1907.*

Das Zurückweichen der Zunge des Kindes vom Dach der Mundhöhle ist die Hauptursache für den engen Zahnbogen. Die Behandlung soll in Expansion des Zahnbogens und Entfernung der hypertrophirten Rachenmandel bestehen.

LEFFERTS.

49) **John A. Fordyce. Eine ungewöhnliche Form von Ulceration im Nasenrachen. (An unusual form of ulceration involving the naso-pharynx.)** *Proceedings of the New York Pathological Society. Januar 1907.*

Es handelt sich um einen Fall von Gangosa bei einem Eingeborenen in Panama. Patient war ein 40jähriger Neger.

EMIL MAYER.

50) **Theimer** (Wien). **Zur Verwendung der Nebennierenpräparate bei den Erkrankungen des Nasenrachenraumes.** *Med. Klinik. 7. 1907.*

Als eine empfehlenswerthe Form der Anwendung von Nebennierenpräparaten bezeichnet Th. das Renoformpulver, und zwar als diagnostisches und therapeutisches Hülfsmittel.

SEIFERT.

51) **John Edwin Rhodes. Sarkom des Nasenrachens. Behandlung mit Adrenalininjectionen. (Sarcoma of the nasopharynx. Treatment by injections of adrenalin.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Septbr. 1906.*

Cfr. Verhandlungen der XXVIII. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Juni 1906.

EMIL MAYER.

52) **Hofmann** (Graz). **Die Pharyngotomia suprahyoidea transversa als Voroperation zur Entfernung der Nasenrachentumoren nebst Mittheilung von zwei Fällen temporärer Resection beider Oberkiefer nach Kocher.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 83. 1907.*

Bei bestimmten Fällen von Nasenrachentumoren ist die Pharyngotomia suprahyoidea transversa als ein Operationsverfahren anzusehen, das radicale Entfernung unter Controlle des Auges ohne Gefahr grosser Blutungen gestattet. SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

53) **Oshima** (Japan). **Ueber die am häufigsten in der Mundhöhle des Kindes normal vorkommenden Bakterien und über die Veränderungen, welche durch dieselben hervorgerufen werden.** *Arch. f. Kinderheilkde. Bd. 45. 1907.*

Die Milchsäuregährung wurde am häufigsten in der Mundhöhle der Kinder nachgewiesen, welche im Alter von 3—6 Monaten standen und mit Kohlenhydrat und Kuhmilch genährt wurden, ebenso in der Mundhöhle von sterbenden Kindern. Welche Mundbakterien die Milchsäuregährung bedingen, kann nicht mit Sicherheit bestimmt werden.

Die Zahnung übt keinen grossen Einfluss auf die Bildung der Milchsäure aus.

Als Erreger der Entzündung des Zahnfleisches und der Geschwürsbildung des Zungenrandes, der Tonsillen und des Gaumens wurden Spirillen gefunden, Leptothrix, oder als Erreger der Entzündung der Zunge, der Tonsillen und Pharynxwand, Sarcine sehr selten als Erreger der Entzündung der Pharynxwand, Bacillus fusiformis als Erreger der Stomatitis ulcerosa, Jodococcus vaginatus oftmals bei Entzündung der Rachenwand und des Zahnfleisches. SEIFERT.

54) **Chalier André. Congenitale Fissur der rechten Labialcommissur (Makrostomie) mit Missbildung des Oberkiefers auf derselben Seite. (Fissure congénitale de la commissure labiale droite [macrostomie] avec malformation du maxillaire du même côté.)** *Lyon médical. 18. August 1907.*

23jähriges Mädchen, dessen Mund nach rechts hin um 2 cm verbreitert war. Sehr spitzer Gaumen; rechte obere Alveolarwand deformirt und hypertrophirt. Atrophie des Knochenmassivs rechts und Depression des rechten Kinnbackens von der Commissur bis zum Ohr.

Operation durch Prof. Poncet gab ausgezeichnetes Resultat BRINDEL.

55) **Gondy. Syphilitischer Schanker der Oberlippe. (Chancre syphilitique de la lèvre supérieure.)** *Journal de Méd. de Bordeaux. No. 14. 7. April 1907.*

Der Schanker sass in der Mitte der Oberlippe. Der Modus der Infection war nicht aufzuklären. BRINDEL.

56) **Maurycy Hertz** (Warschau). **Ueber Tuberculose des Zahnfleisches.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde. etc. Heft 7. 1907.*

Mittheilung eines einschlägigen Falles nebst pathologisch-anatomischen und differentialdiagnostischen epikritischen Erörterungen. HECHT.

57) **John Anderson. Bemerkungen über zwei Fälle von Ludwig'scher Angina. (Notes of two cases of Ludwig's angina.)** *Glasgow Medical Journal. September 1907.*

In einem der Fälle wurde eine Autopsie erlangt und es war augenscheinlich, dass der Ursprung der Erkrankung eine acute Infection war. Es fanden sich Mikroorganismen, die dem Fränkel'schen Pneumococcus glichen.

A. LOGAN TURNER.

58) **F. Thomas. Ueber die Carcinome der Mundschleimhaut.** *Dissertation. Breslau 1906.*

Th. schildert eingehend 7 Fälle von primärem Mundbodencarcinom und 7 Fälle von primärem Wangenschleimhautkrebs, die Prof. Partsch beobachtet und — mit Ausnahme eines Falles, der bereits zu weit vorgeschritten war — operirt hat. Bei 7, also bei 50 pCt. der sämmtlichen Fälle, war neben dem Carcinom auch eine Leukoplakie nachweisbar. Bei 3 von diesen 7 Fällen konnte die Entstehung von Krebs auf dem Boden von Leukoplakie direct beobachtet werden. Da die Leukoplakia oris als eine ernste, das Leben bedrohende Erkrankung anzusehen ist, so sollten die weissen Plaques bei Fehlschlagen anderer Behandlung mit dem Thermokauter verbrannt werden.

Unter den obigen Carcinompatienten 5 Dauerheilungen. OPPIKOFER.

59) **H. Z. Maidland. Eine radicale Methode zur Exstirpation maligner Drüsen am Halse, secundär nach Mundcarcinomen. (A radical method of exstirpating malignant glands in the neck secondary to mouth carcinoma.)** *Australasian Med. Gaz. 2. October 1906.*

Verf. betont, dass die Drüsen dieser Region sehr leicht inficirt werden. Er räth mehr dazu, das Bindegewebe mit den Drüsen zusammen zu entfernen, als die letzteren auszuschälen. Er macht eine Incision vom Kinn bis zum Warzenfortsatz, dann längs des Vorderrandes des Sternocleidomastoideus und zurück längs der Clavicula. Die Lappen werden nach oben geschlagen und das Zellgewebe mit den Drüsen ausgeschnitten. Der Sternocleidomastoideus wird in der Mitte durchtrennt und nachdem so nur die tieferen Drüsengruppen entfernt sind, wird die Vena jugularis unterbunden und entfernt. Die Durchschneidung des Sternocleidomastoideus scheint ohne Folgen zu sein. JAMES DONELAN.

60) **T. Sherman Wright. Postoperative Behandlung maligner Erkrankungen der Mundhöhle. (Postoperative treatment of malignant disease of the buccal cavity.)** *N. Y. Medical Journal. 3. August 1907.*

Bericht über drei Fälle. Verf. empfiehlt für Wundflächen, die nach der Entfernung maligner Tumoren nicht verbunden werden können, die Behandlung mit 3—5 proc. Carbolpetrolat; er empfiehlt auch Injectionen von solchen in recidivirende Geschwülste. Bei der Oberkieferresection giebt eine Incision von einem Mundwinkel zum andern mit Durchschneidung der Nasenscheidewand, so dass die Nase in dem oberen Lappen mit hochgeklappt wird, das beste Resultat.

LEFFERTS.



61) **George G. Ross. Einige Gedanken über maligne Geschwülste der Mundhöhle und Lippen. (Some thoughts on malignant growths of the mouth and lips.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Juli 1907.*

Die häufigste Form von malignen Geschwülsten, die in der Mundhöhle und an den Lippen sich finden, ist das Epitheliom. Am häufigsten ist die Unterlippe Sitz der Geschwulst: nach Trendelenburg in 499 Fällen von Gesichtkrebs 241 Mal.

Carcinom der Mundhöhle ist häufiger beim Manne. Unter 1000 Carcinomfällen bei Frauen betrafen nur 13 die Unterlippen, Mundhöhle oder Zunge; unter 1000 männlichen Carcinomfällen betrafen 111 die Mundhöhle.

Verf. beschreibt sehr ausführlich die Vertheilung der Lymphgefässe am Halse, da ihr Befallensein von grösster Bedeutung für die Prognose ist.

In einer Reihe von 36 Fällen im German Hospital, die in den letzten fünf Jahren beobachtet wurden, war die Localisation der Geschwulst folgende: Lippen 14, Zunge 12, Wange 7, Zunge, Lippe und Wange 1 Mal; Zunge, Tonsillen und Fauces 1, Lippe und Wange 1 Mal. Von den 14 Lippengeschwülsten waren 12 Epitheliome und 2 Carcinome; von den 12 Zungengeschwülsten waren 8 Carcinome und 4 Epitheliome; von den 7 Wangengeschwülsten waren 5 Epitheliome und 2 Carcinome.

Verf. bespricht noch Diagnose, Prognose und Behandlung. LEFFERTS.

62) **Balassa. Therapie der Glossitis mittelst Prothese.** *Orvosi Hetilap. No. 49. 1907.*

Es bestanden seit Jahren brennende Schmerzen in der Zunge, deren Grund B. in starken Zahneindrücken am Zungenrande muthmasste. Eine an die linguale Fläche der unteren Zahnreihe applicirte Kautschukschiene brachte in Kurzem Heilung. v. NAVRATIL.

63) **Lenger. Teleangiectasie der Zunge, der Unterlippe, des Kinns und der linken Wange; verschiedene Operationen. (Teleangiectasie de la langue, de la lèvre inférieure, du menton et de la joue gauche; opérations diverses.)** *Annales de la Soc. Méd.-chir. de Liège. No. 6. 1907.*

In der Sitzung vom 2. Mai 1907 der Lütticher medico-chirurg. Gesellschaft stellt L. einen Kranken von 21 Jahren vor, welcher zum erstenmal im Alter von 9 Monaten in die chir. Poliklinik des Englischen Hospitals gebracht worden war. Derselbe war damals Träger ganz kleiner Angiome an der Zungenspitze, der Unterlippe, dem Kinn und der linken Wange, welche durch Ignipunctur vermittelst des Paquelin behandelt wurden. Die Behandlung hielt 3—4 Jahre an, alsdann fingen die kleinen Gefässgeschwülstchen wieder an zu wachsen, bis sie schliesslich im Alter von 8 Jahren zu einem einzigen Gefässtumor confluirten, der die Zunge, Unterlippe, das Kinn und die linke Wange einnahm. Der Patient erlitt dadurch keine weitere Belästigung, als die äusserst unangenehme Deformität, wegen welcher er auch die Hilfe des Chirurgen in Anspruch nahm. Damals wurde er zum ersten Male in der medico-chirurg. Gesellschaft vorgestellt; die Gefässneubildung war enorm, hauptsächlich die Zunge bedeutend entwickelt, von

schwarzblauer Färbung und beim Betasten das Gefühl eines mit Flüssigkeit gefüllten Schwammes gebend.

Der Autor nahm sich vor, zuerst die Ligatur der Art. lingualis vorzunehmen, das Einsinken der Zunge abzuwarten, dann die Abtragung der Gefässneubildung an derselben vorzunehmen, um zuletzt dann die der Wange, des Kinns und der Unterlippe mit der Ignipunctur anzugreifen. Dieses Programm wurde denn auch genau ausgeführt, und gegenwärtig, nach 6 Monaten klinischer Behandlung, ist das Resultat äusserst befriedigend. L. hofft, dasselbe noch zu verbessern und schliesslich ein vollständiges Verschwinden des angiomatösen Gewebes des Gesichtes herbeizuführen.

BAYER.

64) **Baumgarten. Leiomyoadenom des Zungengrundes.** *Orvosi Hetilap. No. 31. 1907.*

Entfernte vom Zungengrunde einen bohnengrossen Tumor, welcher aus glatten Muskelfasern und Schleimdrüsen bestand.

v. NAVRATIL.

65) **Truman H. Brophy. Anatomie des normalen und gespaltenen Gaumens. (Anatomy of the palate, normal and cleft.)** *N. Y. Medical Record. 6. Juli 1907.*

Verf. ist auf Grund seiner Studien zu der Ansicht gelangt, dass in Fällen von Gaumenspalte kein actueller Gewebsverlust besteht, dass vielmehr die normale Gewebsmenge vorhanden, jedoch nur nach lateralwärts deplacirt ist. Die prädisponirende Ursache für die mangelnde Vereinigung der Kieferknochen in der Mittellinie sei Heredität; die auslösende Ursache liege in embryonalen Wachsthumsverhältnissen. Die Behandlung besteht in Vereinigung der Knochen drei Monate nach der Geburt; der weiche Gaumen muss später und die Lippen am spätesten wiederhergestellt werden.

LEFFERTS.

66) **A. Bovero. Bemerkungen über die Anatomie des harten Gaumens. (Annotazioni sull'anatomia del palato duro.)** *Memoria della R. Accademia delle Scienze di Torino. 1907.*

Verf. hat das Vorkommen von Trennungen zwischen den horizontalen Teilen der Gaumenknochen an einem Material von 3346 menschlichen Leichen verschiedenen Alters und Provinenz studirt; Verf. konnte alle Abstufungen und Modalitäten der mangelnden Vereinigung zwischen den horizontalen Gaumenplatten constatiren. Er beschreibt sie alle ausführlich.

FINDER.

67) **L. Mohr. Ueber einen Fall totaler Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand und gleichzeitiger Stenose an der Grenze des Naso- und Hypopharynx.** *Dissertation. München 1905.*

Der Titel giebt den Inhalt der Arbeit an. Grundkrankheit: Lues.

OPPIKOFER.

68) **Joh. Fein** (Wien). **Ein Leiomyom des Gaumens.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 533.*

Mittheilung der Krankengeschichte und des histologischen Befundes.

F. KLEMPERER.



69) **Jonty. Syphilitische hereditäre Späterkrankung des Gaumengewölbes, der Nasenhöhlen und des Mundrachens mit ausgesprochenen und seltenen Deformationen. (Lésion syphilitique héréditaire tardive de la voute palatine, des fosses nasales et du pharynx buccal avec des déformations accentuées et rares.)** *Annales des mal. de l'oreille. März 1907.*

Pat. zeigte eine Abplattung des Oberkiefers im anterio-posterioren Sinne, Lorgnettnase und beinahe völligen Verschluss der Nasenlöcher. BRINDEL.

70) **Felix Semon** (London). **Tertiäre Syphilis des Gaumens oder Pneumokokkeninvasion?** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 6. 1907.*

Ausführliche Krankengeschichte des sehr ungewöhnlichen Falles mit differentialdiagnostisch-epirkitischen Erörterungen. HECHT.

71) **J. Lemaire. Die Spitzbogenform des Gaumengewölbes. (De la déformation ogivale de la voute palatine.)** *Thèse de Paris. 1907.*

Diese Deformation ist einzig rachitischen Ursprungs. Sie ist weder der normale anatomische Ausdruck des Gaumengewölbes bei Dolichocephalen noch glaubt Verf., dass sie mit den adenoiden Vegetationen in irgend welchem Zusammenhang steht. GONTIER de la ROCHE.

72) **J. N. G. Starr. Eine neue Methode der Behandlung des gespaltenen Gaumens. (A new method of dealing with cleft palate.)** *Canada Journal of Medicine and Surgery. Juni 1907.*

Zur Vermeidung der Spannung der Naht, der Stichcanaleiterung und der Infection vom Munde aus, werden Aluminiumplättchen angewandt, die durch die lateralen Incisionen eingeführt und in der Mundhöhle darüber gefaltet werden. EMIL MAYER.

73) **Moskowicz** (Wien-Döbling). **Zur Technik der Uranoplastik.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 83. 1907.*

Man wird sich am besten in den ersten Lebenstagen mit der Naht der Hasenscharte begnügen, um die Ernährung zu erleichtern, während die Uranoplastik nicht vor dem 8.—10. Monat auszuführen wäre. SEIFERT.

d. Diphtherie und Croup.

74) **Marfan, Baudouin Brissaud** (Paris). **Statistik der Diphtherie am Hospital für kranke Kinder. (Statistique de la diphtérie à l'hôpital des enfants malades.)** *Société médicale des hôpitaux. 17. Januar 1908.*

Die Statistik reicht vom Mai 1906 bis Mai 1907. Auf 555 Fälle war die Mortalität 10,45 pCt., die reducirte Mortalität 6,24 pCt. Sie ist hauptsächlich (57 pCt.) auf die malignen Anginen zurückzuführen. Die Sterblichkeit in Folge Croup war sehr gering. GONTIER de la ROCHE.

75) **Patawski. Beiträge zu den statistischen Mittheilungen über die Heilmethode der Diphtherie mittels specifischen Serums. (Przyczynki do statystyki leczenia blonicy surowice swoista.)**

Verf. giebt statistische Mittheilungen über 600 Fälle, behandelt mit Serum,

von denen 41 mit tödtlichem Verlaufe (68 pCt.). Die Anzahl von Larynxfällen betrug 328, von denen mit tödtlichem Verlaufe 12,5 pCt. A. SOKOLOWSKI.

76) **S. Citelli. Ueber eine prolongirte Form latenter diphtherischer Angina. (Su una forma prolongata di angina difterica latente.)** *Policlinico Sez. prat. 1906.*

Es handelt sich um eine seltene Affection. Bei einem 20 Monate alten Kind trat ausgesprochene Schmerzhaftigkeit und Schwellung der Drüsen an beiden Kieferwinkeln ein. Erst am vierten Tage zeigte sich ein weisses Pünktchen in der rechten Fossa supratonsillaris. Seit dem ersten Tage bestand hohes Fieber (39°); ausser jenem weissen Pünktchen waren keine Andeutungen von Pseudomembran vorhanden oder andere exsudative Flecken, jedoch waren die Gaumentonsillen und die hintere Pharynxwand geröthet.

Verf. diagnosticirte eine wahrscheinliche Diphtherie und injicirte Behring's Serum No. II. Nach 24 Stunden constatirte man einen dünnen weissen Fleck an der rechten Mandel, der wie geronnene Milch aussah. Es wurde nun eine andere Injection Behring's Serum No. III gemacht. Am nächsten Tage bedeckte der Belag die ganze rechte Tonsille, während ein anderer kleiner Fleck auf der linken sich zeigte; am Tage darauf war der Belag auf der rechten Tonsille erweicht, während er auf der linken zugenommen hatte. Dritte Seruminjection. Am nächsten Tage keine Spur mehr von Membranen.

Verf. glaubt, es hätte erst eine Diphtherie in der Tiefe der Rachen- und der Gaumentonsillen bestanden, die die Ursache für die lange Latenz des Processes bildete. Die erste Seruminjection, die die Virulenz der Diphtheriebacillen abschwächte und die Tonsillen abschwellen liess, gestattete den diphtherischen Exsudaten, auf der Oberfläche der Gaumentonsillen wieder zu erscheinen und liess so die Natur der Erkrankung hervortreten. FINDER.

77) **Pomorski. 500 Fälle von Tracheotomie bei Larynxdiphtherie. (500 przypadków trocheotomii przy dlawen.)** *Przeglad Lekarski. No. 47. 1907.*

Die statistischen Mittheilungen über die Tracheotomie bei Larynxdiphtherie geben nicht immer genaue Thatsachen in Folge mannigfaltiger Bedingungen, bei denen öfters Operationen ausgeführt werden. Doch seit der Anwendung des Serums geben die statistischen Mittheilungen über die Mortalität bessere Resultate. In der Periode vor der Anwendung des Serums betrug sie 30 pCt., bei Anwendung desselben 20 pCt. Die Intubationsmethode wurde vom Verfasser nicht angewendet. Verf. macht aufmerksam auf die grössere Mortalität bei Kindern bei Larynxdiphtherie im Frühling wie im Winter, indem er dies damit erklärt, dass der allgemeine Zustand des Kindes zur Winterszeit mehr gelitten hat.

A. v. SOKOLOWSKI.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

78) **Henrici** (Aachen). **Indication zur curativen Tracheotomie bei der Kehlkopftuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 88.*

Verf. fügt den früher veröffentlichen 3 Fällen einen vierten auf der Körner-

schen Klinik zu Rostock beobachteten Fall von curativem Effect der Tracheotomie bei Kehlkopftuberculose hinzu. Als Indicationen für die curative Tracheotomie stellt er auf: 1. Kindliches Alter der Patienten. 2. Fehlende oder unbedeutende Veränderungen der Lungen. 3. Relative Gutartigkeit der Kehlkopftuberculose.

F. KLEMPERER.

79) **Jüngerich** (Verviers). **Ein Beitrag zur operativen Larynxtuberculose.** *Dissertation. Erlangen 1907.*

Bei einer 31jährigen Bauersfrau fand sich als Ursache der Heiserkeit ein grosser vom linken Taschenband entspringender Tumor, der histologisch sich als tuberculöser Natur (Probeexcision) erwies. Die radicale Entfernung wurde erst nach Beendigung der Gravidität (normale Entbindung und puerperium) vorgenommen, Heilung. Ob der Tumor primärer oder secundärer Natur war, lässt sich nicht entscheiden.

SEIFERT.

80) **Eugen Holländer** (Berlin). **Die chirurgische Behandlung der Schleimhauttuberculose der oberen Luftwege, besonders der Kehlkopftuberculose.** *Therapie der Gegenwart. December 1907.*

H. empfiehlt die contactlose Cauterisation, nach der die Narben unvergleichlich besser werden wie bei Glüheisenbehandlung, nach eventueller temporärer Eröffnung des Kehlkopfes. So hat er einen Fall von ausgedehntem Larynxlupus, einen zweiten von schwerer Kehlkopftuberculose geheilt. Die Luftcauterisation erzielt eine Umstimmung des tuberculösen Gewebes in gesundes mit vollkommener Schonung des Innenprofils.

Die Aussichten der Operation hängen beinahe ausschliesslich von dem Zustande der Lungen ab. Bei fehlendem Lungensecret ist die Ausheilungschance günstiger als bei jeder anderen Behandlung. Er empfiehlt im Anschluss an eine bei einer Larynxtuberculose nöthigen Tracheotomie die Laryngofissur bei Luftcauterisation vorzunehmen und bei grösseren tuberculösen Affectionen des Kehlkopfes, deren endolaryngeale Behandlung keinen Heilerfolg mehr verspricht, in der Luftcauterisation des Larynx die Operation der Wahl zu sehen.

A. ROSENBERG.

81) **R. Boldt. Die Abtragung der Epiglottis wegen Tuberculose.** *Dissertation. Rostock 1906.*

Gestützt auf 9 Fälle der Rostocker Klinik empfiehlt B. die Resection bei Tuberculose des Kehldeckels.

OPPIKOFER.

82) **Chatin** und **Pehu** (Lyon). **Lupus des Gesichts, consecutiver Lupus des Larynx; dringende Tracheotomie. Glottische Narbenstenose; permanentes Tragen der Canüle. (Lupus de la face, Lupus consécutif du larynx; trachéotomie d'urgence. Sténose cicatricielle glottique; port permanent de la canule.)** *Lyon médical. 8. December 1907.*

Epiglottis und Stimmlippen sind zerstört, die ganze obere Partie des Larynx ist in eine Narbenmasse umgewandelt. Es besteht eine Glottisstenose, die die Tracheotomie nothwendig macht.

Die Verff. beabsichtigen, später eine Thyreotomie vorzunehmen mit nachfolgender Dilatation mit Kautschukbougies nach Sargnon.

GONTIER de la ROCHE.

83) **G. Avellis** (Frankfurt a. M.). **Die Ventrikelform beim Sängerkehlkopf.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 458.*

A. constatirt bei Sängern das Vorhandensein eines auffällig wohlgebauten und weiten Eingangs in den Ventriculus Morgagni, derart, dass nicht bloss der membranöse weisse, sondern auch der übrige bläulichrothe Theil der Stimmlippe, d. h. fast der ganze Boden des Ventrikels im Spiegel sichtbar wird. Er hält die Weite der Rima ventriculi weniger für eine Folge, als für eine natür- Vorbedingung des Kunstgesangs; die Weite des Ventrikels ist eine angeborene Anlage, die freilich durch die Gesangsstudien verstärkt zu werden scheint. Er ist der Ueberzeugung, dass das Mundstück im Kehlkopf eine viel wichtigere Rolle spielt, als man bisher annehmen konnte, und dass die empirisch gefundene tiefe Kehlkopfstellung, an der der Berufssänger festhalten muss, von günstigem Einfluss auf die Gestaltung des Ventrikels und damit auf die Form des Mundstücks ist.

F. KLEMPERER.

84) **Sedziak. Kehlkopffibrom traumatischen Ursprungs mit spontaner Heilung. (Włókniak krtani pochodzenia urazowego, wyleczenie samoistne.)** *Kronika Lekarska. 1907.*

Nachdem eine 40jährige Frau, mit Affection der rechten Lungenspitze, und einer totalen rechten Recurrenslähmung und einer allgemeinen Anämie, sich mit einer Gräte verletzt hatte, trat unter den Augen des Arztes in einer Dauer von 3 Monaten eine allmähliche Bildung eines typischen Fibroms des Kehldeckels ein. Nach Ablauf von 6 Monaten verschwand die Neubildung, nachdem die Kranke diese Zeit theils in Karlsbad, theils im Gebirge zur Cur verbracht, vollständig.

A. v. SOKOLOWSKI.

85) **Ch. Raugé. Ueber die Behandlung der diffusen Kehlkopfpapillome. (A propos du traitement des papillomes diffus du larynx.)** *Congrès français de chirurgie. 7. bis 12. October 1907. Paris.*

Verf. führt einen Fall aus seiner Praxis an, in dem weder die Laryngofissur noch die Intubation den Kranken vom Ersticken retten konnte.

GONTIER de la ROCHE.

86) **F. Massei. Die Behandlung der Kehlkopfpapillome bei Kindern. (La cura dei papillomi laringei nei bambini.)** *Bollett. d. malattie dell'orecchio etc.*

Ausgehend von einer im Juni 1907 in der Pariser laryngologischen Gesellschaft stattgefundenen Demonstration eines Falles von Kehlkopfpapillomen mit daranschliessender Discussion weist Verf. darauf hin, dass er bereits seit dem Jahre 1884 immer den Standpunkt vertreten hat, man soll im Falle der Dyspnoe tracheotomiren und dann die spontane Rückbildung der Geschwülste abwarten oder per vias naturales operiren. Er benutzt hier wieder die Gelegenheit, sich sehr scharf gegen die Laryngofissur auszusprechen, die durchaus nicht vor Recidiven bewahre.

Verf. verfügt über circa 800 Fälle von Kehlkopfpapillomen, die zum grössten Theil endolaryngeal operirt wurden; in wenigen Fällen wurde auch tracheotomirt.

FINDER.

87) **Van den Wildenberg. Zwei im ersten Kindesalter an Kehlkopfpapillomen nach der directen Methode Killian's behandelte Kinder. (Deux enfants en bas âge traités de papillomes du larynx par la méthode directe de Killian.)** *La Clinique. No. 34. 1907.*

1. Fall. Papillome bei einem Kinde von 17 Monaten: 2 papillomartige Geschwülste, angehäuft im vorderen Winkel der Stimmbänder und ein isolirtes Papillom des rechten Stimmbandes. In der Rose'schen Kopflage nach vorheriger Anästhesirung Entfernung der Tumoren mit der Killian'schen Löffelzange. Die Operation dauerte 1 Stunde und wurde von dem Kinde gut ertragen. 3 Wochen später war die Stimme klar.

2. Fall. Kehlkopfpapillome bei einem 18 Monate alten Kind: der Kehlkopfeingang wurde von weisslichen himbeerartigen Tumoren ausgefüllt gefunden, wovon der grösste der Innenfläche der Epiglottis aufsitzt; Anästhesie, Entfernung des grossen Tumors der Epiglottis, wegen drohender Erstickung Tracheotomie, worauf die Entfernung der übrigen unterhalb der Stimmbänder aufsitzenden Geschwülste verschoben und 2 Tage später vorgenommen wurde. Daraufhin wird die Atmung wieder frei und die Stimme kehrte wieder.

Der Autor zieht die allgemeine Anästhesie der localen vor, weil die Kinder sie besser ertrugen, er wendet das Adrenalin nicht an, da die einfache Compression zur Hämostase genüge; er fürchtet die üblen Zufälle, welche geschickten Laryngologen dabei begegnet wären.

BAYER.

88) **Sedziak. Diagnose und Therapie des Kehlkopfkrebses. (Rozpoznanie i leczenie raka krtani.)** *Tygodnik lekarski. No. 49, 50. 1907.*

Nachdem Verf. alle Erscheinungen zusammengestellt, die auf die Diagnose des Kehlkopfkrebses, schon in seinem frühesten Stadium schliessen lassen, kommt er zu dem wichtigsten Theile, das heisst zur operativen Therapie dieses Leidens, indem er sich auf eine immense Zahl von Fällen stützt, nämlich 982, die nach folgenden Methoden operirt wurden: intralaryngeal 57, Laryngofissur 299, partielle Resection 222, endlich totale Kehlkopfresection 404 Fälle. Die Schlüsse, die Verf. daraus zieht, sind folgende:

1. Die operative Kehlkopftherapie ist jetzt die rationellste. Im Allgemeinen giebt sie ziemlich zufriedenstellende Erfolge, nämlich über 26 pCt.

2. Diese Erfolge gestalten sich im zweiten Stadium, d. h. nach den Jahren 1888 viel besser als im ersten Stadium (über 32,6 pCt. erfolgreiche Heilungen, d. h. auf 693 Fälle 219).

3. Dasselbe betrifft die Recidiven nach den Operationen (22 pCt., d. h. auf 693 Fälle 153), ebenso den Todesausgang abhängig von der Operation selbst (ca. 13 pCt., d. h. auf 693 Fälle 90), deren Anzahl sich ebenso nach den Jahren 1888 bedeutend vermindert hat, was von einer mehr kritischen Auswahl von operativen Fällen, zweitens auf der Verbesserung der operativen Technik beruht.



4. Die Laryngofissur giebt die besten Erfolge bei dem Kehlkopfkrebse in seinen früheslen Perioden.

5. Die partielle Resection giebt jedoch, was die Recidive anbelangt, die beste Methode bei dem Kehlkopfkrebse ab.

Verf. kommt zu der Ueberzeugung, dass die Laryngofissur, was den Todesausgang betrifft, die besten Erfolge (nämlich 25 pCt.), während die partielle Kehlkopfresection fast 6 pGt., die totale Resection dagegen 4,6 pCt. ergiebt.

A. v. SOKOLOWSKI.

89) **Clement F. Theisen. Epitheliom des Kehlkopfs; Totalexstirpation nebst Entfernung eines Theiles der Trachea. Tod an Pneumonie am 13. Tage. (Epithelioma of the larynx; total laryngectomy including the removal of part of the trachea. Death from pneumonia on the thirteenth day.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Cfr. Verhandlungen der 29. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Mai 1907.

EMIL MAYER.

90) **E. Fletcher Ingals. Nicht-recidivirendes Carcinom des Larynx auf natürlichem Wege entfernt. (Non-recurrent carcinoma of tho larynx removed throug the natural passages.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Cfr. Verhandlungen der 29. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Mai 1907.

EMIL MAYER.

91) **Fallas. Voluminöser Krebs des Kehlkopfs. (Volumineux cancer du larynx.)** *La Presse Méd. Belge. No. 18. 1907.*

In der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Spitäler vom 23. April 1907 zeigt F. einen voluminösen Kehlkopfkrebs vor, dessen Entwickelung er auf der Delsaux'schen Abtheilung während $1^1/_2$ Jahren hatte verfolgen können. Die Kehlkopfknorpel und die ersten Trachealringe waren total verschwunden und durch Epithelialgewebe ersetzt, das eine geräumige, mit der Trachea und dem Oesophagus communicirende Cloake bildete. Im November 1905 musste die Tracheotomie vorgenommen werden.

F. macht auf die lange Dauer des Lebens dabei aufmerksam, auf die geringen schmerzhaften Erscheinungen und die geringe Beeinträchtigung des Respirations- und Digestionsapparates durch die beständig inficirende Ulceration und endlich auf das späte Auftreten der motorischen Stimmbandstörungen.

BAYER.

92) **Jaboulay. Krebs der Epiglottis und der rechten ary-epiglottischen Falte. Partielle Laryngotomie auf dem thyreo-hyoidalem Wege. Heilung. (Cancer de l'épiglotte et du repli aryteno-épiglottique droit. Laryngotemie partielle par la voie thyro-hyoidienne. Guérison.)** *Soc. nationale de médecine de Lyon. 22. Juli 1907. Lyon médical. 1. December 1907.*

Verf. weist auf die Leichtigkeit hin, mit der auf diesem Wege die oberen Theile des Kehlkopfs zugänglich werden. Er räth zum unmittelbaren Wiederverschluss, indem er Zungenbein und Schildknorpel durch die Nähte, die den

oberen Rand des Schildknorpels fassen und das Zungenbein umgreifen. So kann eine Infection der Wunde durch Flüssigkeiten, die aus dem Munde stammen, vermieden werden.

GONTIER de la ROCHE.

93) **Albertin** (Lyon). **Totale Larynx- und Pharynxexstirpation wegen Kehlkopfkrebs. (Laryngectomie totale avec pharyngectomie pour cancer du larynx.)** *Société des sciences médicales. Lyon. 20. November 1907.*

Vorhergehende Tracheotomie und Fixation der Trachea an der Haut.

Im Verlauf der Larynxexstirpation bemerkte man, dass die Neubildung die vordere Rachenwand ergriffen hatte. Diese wurde resecirt uud die Ränder wurden an der Ränder die Hautincision genäht. Später stellte Verf. eine vordere Rachenwand mittels der durch zwei Verticalschnitte freigemachten Haut her. Patient hat um 9 kg an Gewicht zugenommen und befindet sich wohl.

GONTIER de la ROCHE.

94) **Capart jr. Totale Laryngectomie wegen Plattenepithelkrebs. Heilung seit 3 Jahren. (Laryngectomie totale pour épithelioma pavimenteux. Guérison depuis plus de trois ans.)** *La Presse Méd. Belge. No. 13. 1907.*

In der Sitzung vom 9. Februar 1907 der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Spitäler stellt C. einen 50jährigen Arbeiter vor, bei welchem wegen eines bohnengrossen, kreideweissen, die rechte Kehlkopfseite einnehmenden Tumors, dessen mikroskopische Untersuchung einen Plattenepithelkrebs erwies, die Radicaloperation vorgenommen worden war. 6 Wochen darauf konnte der Patient trotz gefährlicher, 4 Wochen nach der Operation sich einstellender Complicationen eines Erysipels nach Hause entlassen werden. Seither wurden verschiedene plastische Operationsversuche, aber nur mit relativem Erfolge vorgenommen. Eine noch bestehende, den Kranken sehr belästigende Fistel will der Autor von Neuem operativ zu beseitigen versuchen.

BAYER.

95) **Mintz** (Moskau). **Spätasphyxie nach totaler Larynxexstirpation.** *Centralbl. f. Chirurgie. 24. 1907.*

Die schwere Asphyxie war bedingt durch Gerinnsel aus Fibrin und Schleim, die sich im linken Bronchialsystem ansammelte und bei allmählichem Verschieben auf die Höhe der Bifurcation den rechten Bronchus mit verlegten. Einführen des Bronchoskopos in den rechten Bronchus brachte Besserung und in Intervallen lösten sich die Stücke der Ausgüsse des linken Bronchus.

SEIFERT.

96) **Depage. Laryngectomie.** *La Belgique Méd. No. 19. 1907.*

In der Sitzung vom 9. Februar 1907 der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Spitäler stellt D. einen Kranken vor, bei welchem er vor 2 Wochen wegen eines Krebses des Kehlkopfes, des Oesophagus und des Pharynx die Laryngectomie vorgenommen hatte. Die Wundheilung hat vollständig stattgefunden. Der Kehlkopftheil des Oesophagus steht in seiner ganzen Ausdehnung offen; der Kranke trägt eine Canüle und eine Oesophagussonde. D. wird in einigen Tagen den Oesophagus und Pharynx schliessen.

BAYER.

97) **Henrici** (Rostock). **Ein Beitrag zur Kenntniss der Trachealtumoren.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 283.*

Bericht über einen Fall. Der walzenförmige, $2^1/_2$ cm lange Tumor von Fingerdicke glich klinisch einer intrachealen Struma. Nach dem Ergebniss der histologischen Untersuchung aber handelt es sich nicht um eine solche, sondern um einen eigenartigen nicht sicher zu klassificirenden Tumor, dessen Ausgangsorgan und -Gewebe sich nicht bestimmen liess.

F. KLEMPERER.

f. Schilddrüse.

98) **Th. Dieterle. Die Athyreosis.** *Arch. f. path. Anat. Bd. 184. S. 56.*

Während des Fötallebens ist die Schilddrüse ohne Einfluss auf die Knochenentwickelung. Die Folgen des Schilddrüsenmangels treten ungefähr zur Zeit der Geburt auf und können durch Anwesenheit von Epithelkörperchen nicht verhindert werden.

J. KATZENSTEIN.

99) **Borsos. Schwellung der Thyreoidea im Anschlusse an epileptiforme Anfälle.** *Orvosi Hetilap. No. 46. 1907.*

Bei 4 Kranken trat während der epileptiformen Anfälle eine acute Schwellung der Schilddrüse auf, welche sich in 5—6 Tagen zurückbildete.

v. NAVRATIL.

100) **O. Poser. Ueber Metastasenbildung gutartiger Kröpfe.** *Dissertation. Jena 1906.*

Strumen, die weder klinisch noch anatomisch einen bösartigen Charakter zeigen, können Metastasen bilden, welche dann — ohne Carcinomstructur zu haben — einen mehr oder weniger malignen Verlauf annehmen. P. hat 19 derartige Fälle aus der Literatur zusammengestellt und fügt eine neue Beobachtung hinzu. Fast durchwegs handelt es sich in diesen Fällen um weibliche Patienten. Die Metastasenbildung ist von der Grösse der Struma unabhängig und zeigt den Bau der einfachen Schilddrüse mit colloider Entartung oder den Bau gutartiger Schilddrüsenadenome. Meist sitzen die Metastasen im Knochensystem, vorzugsweise in den kurzen und den platten Knochen.

OPPIKOFER.

101) **A. C. Smith. Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (The surgical treatment of ophthalmic goitre.)** *Medical Sentinal. October 1907.*

Ist die Diagnose früh gestellt, so wird frühzeitige Behandlung in der Majorität der Fälle zur Heilung führen; wenn Ruhe, Diät, Hygiene, Behandlung mit X-Strahlen und Serum nicht zum Zielen führen, so soll nicht zu spät operirt werden. Nur die Fälle von Morbus Basedow sollen nicht chirurgisch behandelt werden, die wegen Herzcomplication inoperabel sind.

EMIL MAYER.

102) **J. L. Faure** (Paris). **Kropf behandelt mittels Exothyropexie. (Goitre traité par l'exothyropexie.)** *Société de Chirurgie. 10. December 1907.*

In einem Fall von Kropf mit Respirationsbeschwerden wurde die Exothyropexie ausgeführt und gab die besten Resultate.

GONTIER de la ROCHE.

103) **T. Lepine. Morbus Basedow. (Exophtalmic goitre.)** *N. Y. Medical Record. 23. März 1907.*

Verf. erörtert die verschiedenen Theorien über die Pathogenese des Morbus Basedow; er bespricht dann die verschiedenen Methoden zur Herbeiführung einer Thyroidimmunisirung und beschreibt seine eigenen persönlichen Erfahrungen, sowie die anderer Autoritäten. Verf. warnt vor zu grossem Enthusiasmus für die Serumtherapie bei Basedow'scher Krankheit. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

104) **Tapia** (Madrid). **Technik der Oesophagoskopie. (Técnica de la esofogoscopia.)** *Boletin. de laringologia. otologia etc. Mai-Juni 1907.*

Beschreibung der Methode nebst einigen Bemerkungen über die Frage der Anästhesie, Lage, Instrumente etc. TAPIA.

105) **Botey** (Madrid). **Die Oesophagoscopia inferior. (La esofagoscopia inferior.)** *Revista ibero-americana de ciencies médicas. Juni 1907.*

Verf. beschreibt Indication, Technik der Untersuchungsmethode. TAPIA.

106) **H. Meller. Cardiospasmus mit secundärer Dilatation des Oesophagus.** *Dissertation. Bonn 1905.*

Zusammenstellung der Literatur und eingehende Besprechung des ganzen Krankheitsbildes. OPPIKOFER.

107) **Kelen** (Karlsbad). **Zur Differentialdiagnose zwischen cardiospastischer Speiseröhrenverengerung und tiefsitzendem Speiseröhrendivertikel.** *Medic. Klinik. 4. 1907.*

Empfehlung des Strauss'schen Volumenmessers für die Diagnosestellung. SEIFERT.

108) **R. Pflugradt. Ueber Concrementbildung im Oesophagus.** *Dissertation. Halle 1905.*

Die Section zeigte, dass bei dem 64jährigen Manne das mechanische Hinderniss in dem untersten Speiseröhrenabschnitt nicht, wie intra vitam angenommen wurde, durch eine maligne Neubildung bedingt war, sondern durch zwei Concremente, von denen das eine haselnuss-, das andere kastaniengross war. Das Gewicht der Steinmasse betrug 21,75 g. Die Steine bestanden aus phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk und reichlicher organischer Substanz; sie lagen dicht oberhalb der Cardia in einer kleinapfelgrossen buchtigen Höhle, welche die linke Hälfte der Oesophaguswand einnahm. Die Wandung der Höhle bestand aus derben Schwielen; die Innenfläche war ulcerirt und mit Granulationen ausgekleidet. — Nach längerer Begründung kommt Pf. zum Schlusse, dass die Steine in der Oesophaguswand keine verschluckten Fremdkörper, sondern wirkliche Concremente waren. Die ursprüngliche Affection des Oesophagus war nach Pf. ein Ulcus ex digestione, das schliesslich zu der Bildung der Höhle geführt hat; aus dem in der Höhle stagnirenden Speichel wurden dann die Kalksalze ausgefällt. Bei der Section fand sich auch eine linksseitige eitrige Pleuritis; eine Communication war

zwischen der Höhle, in der die Concremente lagen und der mit Eiter angefüllten Pleurahöhle nicht nachzuweisen. Entweder war die frühere Perforationsöffnung wieder verklebt, oder hatte die Infection der Pleura per continuitatem durch die Wand der Höhle hindurch stattgefunden.

Pf. fand bei Durchsehen der Literatur keinen weiteren Fall von Concrementbildung im Oesophagus.

OPPIKOFER.

109) **O. Schmitt. Casuistische Beiträge zu den Verletzungen des Oesophagus.** *Dissertation. München 1905.*

Nach Aufzählen all der Ursachen, die zu einer Verletzung des Oesophagus führen können, giebt Sch. die ausführliche Krankengeschichte eines Falles von Spontanruptur des Oesophagus wieder. Die Section zeigte bei dem 38jährigen Manne eine eitrigjauchige Mediastinitis posterior, ausgehend von einer schlitzförmigen Perforation des mittleren Oesophagustheiles; Austritt von Mageninhalt in beide Pleurahöhlen; beginnende eitrigjauchige Pleuritis beiderseits. Die Genese der spontanen Oesophagusruptur — Sch. hat 11 Fälle solcher aus der Literatur zusammengestellt — ist noch nicht sicher aufgeklärt; wenigstens ist eine Erklärung, die auf alle Fälle passt, noch nicht gegeben. Sch. nimmt für seine Beobachtung wie Benecke an, dass die Kraft krampfhafter Brechbewegungen bei Ueberfüllung des Magens mit Gas oder Flüssigkeit vollkommen ausreicht, um eine Zerreissung des Oesophagus durch acute Ueberdehnung zu erklären.

OPPIKOFER.

110) **W. E. Lunzer** (Königsberg i. Pr.). **Ueber die Behandlung tiefsitzender Fremdkörper des Oesophagus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 42. 1907.*

Bei den tiefsitzenden — i. e. knapp oberhalb der Einmündung des Oesophagus in den Magen — insbesondere scharfkantigen Fremdkörpern kommt in erster Linie die Oesophagoskopie in Betracht. Führt diese nicht zum Ziele, so tritt die Gastrotomie in ihre Rechte. Bericht über einen einschlägigen, complicirten Fall, der durch Gastrotomie geheilt wurde.

HECHT.

111) **Rudolf Haecker** (Greifswald). **Beitrag zur Behandlung der Fremdkörper in der Speiseröhre.** *Mit 7 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 42. 1907.*

Bericht über 5 einschlägige Fälle, der sich zu kurzem Referat nicht eignet.

HECHT.

112) **Guisez** (Paris). **Extraction von 3 Fremdkörpern, sowie zwei neue Fälle von undurchdringlichen Narbenstenosen, operirt und geheilt unter Oesophagoskopie. (Extraction de trois corps étrangers et deux nouveaux cas de rétrecissements cicatriciels infranchissables opérés et guéris sous ésophagoscopie.)** *Congrès français de Chirurgie. Paris. 7. bis 12. October 1907.*

GONTIER de la ROCHE.



IV. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. December 1907.

Alexander stellt eine Patientin vor, die nach den ersten Lebensmonaten heiser zu sprechen anfing und seitdem heiser geblieben ist. Die Stimmbänder schienen in eine obere und untere Lefze gespalten, von denen erstere mehr lateralwärts zurücktritt, so dass man von oben schräg in einen Defect hineinsehen kann, der eine kahnförmige Gestalt hat. Die beiden Lefzen liegen ober- resp. unterhalb des Stimmbandrandes. Der Grund der Defecte ist körnig, grauweiss, die Ränder gezackt. Die Defecte liegen nur innerhalb der Pars libera. A. bespricht die verschiedenen Möglichkeiten ihres Entstehens.

Schötz denkt an durch Epithelnekrose hervorgerufene Defecte.

Grabower erwägt die Möglichkeit, dass knorplige Einlagerungen in der oberen Wand des Spaltes eine Narbencontraction verhindert haben.

E. Meyer und Katzenstein nehmen eine congenitale Missbildung an.

Alexander begründet die Unwahrscheinlichkeit der verschiedenen angegebenen Ursachen der Enstehung der Defecte.

B. Rosenberg stellt einen Fall von primärem Lupus des Kehlkopfes vor, bei dem eine knötchenartige Infiltration die Epiglottis, aryepiglottischen Falten, ergriffen hatte, die Taschenbänder und Stimmbänder ihre Conturen vollständig eingebüsst hatten. In der Glottishöhe hatte sich eine diaphragmaartige Membran gebildet, die den Athemspalt erheblich verengte.

Halle demonstrirt eine Patientin mit traumatischer Recurrenslähmung, hervorgerufen durch eine Stichverletzung hinter dem Sternocleidomastoideus in der Nähe des Ohrläppchens, die seiner Meinung nach den Stamm des Vagus getroffen hat.

E. Meyer berichtet über zwei Fälle ähnlicher Verletzung, in denen er annahm, dass es sich nicht um eine directe Verletzung des Nerven handelte, sondern um Drucklähmung durch einen Bluterguss.

B. Fränkel: Es giebt Stichverletzungen des Nerven, die die grossen Gefässe freilassen.

Grabower und Halle glauben nicht an einen Bluterguss, sondern an eine directe Verletzung.

Schlungbaum zeigt das Präparat einer durch ein frontales Septum in eine vordere und hintere Abtheilung geschiedenen Oberkieferhöhle.

A. Rosenberg: Zur Ophthalmo-Tuberculin-Reaction.

Der Laryngologe sieht öfter Fälle von Kehlkopftuberculose, bei denen die Lungen fast garnicht ergriffen sind. Diese sind geeignet, den Werth der conjunctivalen Tuberculinreaction zu prüfen, wenn sie allseitig, d. h. in grosser Zahl daraufhin untersucht werden. Er berichtet unter Anderem über zwei Fälle von Lupus des Kehlkopfes und beginnender resp. vorzugsweiser tuberculöser Erkrankung des Larynx, bei denen die conjunctivale Reaction positiv ausfiel, in dem



einen der letzteren allerdings erst durch Anwendung einer 4proc. Tuberculinlösung.

Ein sicheres Verhältniss zwischen Intensität der Erkrankung und der Reaction konnte er nicht feststellen.

Teichmann: Die einzelnen Individuen reagiren verschieden; die Reaction ist ein werthvolles diagnostisches und wahrscheinlich auch prognostisches Hilfsmittel.

Grabower hält die Reaction für ein diagnostisch unsicheres Mittel; eine stärkere Tuberculinlösung kann eine traumatische Läsion machen, dagegen sind die subcutanen Tuberculininjectionen viel zuverlässiger.

B. Fränkel: Die subcutanen Tuberculininjectionen sind ungefährlich, aber die Reaction bleibt zuweilen darnach aus. Die conjunctivale Reaction verdient unsere Beachtung.

Siegel: In vielen Fällen kann man zweifelhaft sein, ob man eine Reaction annehmen soll oder nicht; sie ist unsicher und nicht ohne Gefahr für das Auge.

Alexander: Comby bestätigte die Brauchbarkeit der conjunctivalen Reaction durch seine Sectionen; die subcutanen Tuberculininjectionen sind durchaus nicht immer sicher in ihrem Resultat.

Rosenberg: Controllversuche haben gezeigt, dass die Tuberculinlösung nicht traumatisch wirkt; Fälle von vorgeschrittener Tuberculose und auch viele Gravide reagiren selten positiv. Die Reaction ist immer deutlich zu erkennen; das Auge, in das instillirt wird, muss gesund und sauber seien. Immerhin sind einige Fälle von Erkrankung des Auges nach der Instillation bekannt geworden. Eine weitere Prüfung der Methode ist angezeigt. A. Rosenberg.

---

b) Sitzungsbericht der Ungarischen laryngologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Mai 1907.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: A. Lipscher.

1. A. Lipscher: Fall einer recidivirenden Nasengeschwulst.

17jähriger Tagelöhner, in der rechten Nasenhälfte eine weiche, bewegliche Geschwulst; postrhinoskopisch wallnussgrosser, glatter, röthlicher Tumor. Bei Probeexcision starke Blutung, ebenso bei partieller endonasaler Entfernung. Histologischer Befund: Teleangiektatischer Bindegewebstumor. Nach Wochen Recidive. Vortr. meint, dass derselbe radical nur nach der Partsch'schen Methode oder mit temporärer Resection des Oberkiefers entfernt werden könne.

2. A. Lipscher: Geheilter Fall von Larynxstenose.

37jährige Frau, leidet seit 4 Jahren an Athembeschwerden, in letzter Zeit an Athemnoth. Unterhalb der Stimmbänder halbrunde, glatte, weiche Anschwellungen (Laryngitis hypoglottica hypertrophica chronica?). Nach Intubation mit Tuben No. 15 bis No. 19 vollständige Rückbildung.

Gámán berichtet über einen ähnlichen, mit Schrötter'schen Tuben geheilten Fall.

Baumgarten erwähnt einen ähnlichen, acut verlaufenden Fall, wahrscheinlich durch Aspirin verursacht.

Lénárt hält solche Fälle meistens durch Erkältung verursacht.

3. E. Baumgarten: Fall von Recurrenslähmung.

Bei der 67jährigen, aphonischen Frau linkerseits Recurrenslähmung im dritten Stadium; Stimmband sichelförmig, wesentlich verkürzt. Aortenaneurysma nicht nachweisbar, Herz mässig vergrössert, Puls rigid. Vortr. meint, dass doch ein nicht nachweisbares Aortenaneurysma oder eine mit der Hypertrophie des Herzens zusammenhängende Stauung und Vergrösserung der peritrachealen Lymphdrüsen besteht.

Onodi fragt, ob die Sensibilität des Kehlkopfeinganges untersucht worden sei. Nach Vortragendem sind gewisse Fälle anaesthetisch, gewisse hypaesthetisch.

4. Z. v. Lénárt: Kehlkopfkrebs.

51jährige Frau, am linken fixirten Aryknorpel eine unebene, geschwürige Geschwulst, welche das hintere Drittheil des Stimmbandes bedeckt, vordere Partie frei; Kehlkopf links normal. Histologischer Befund: Carcinom. In Folge heftiger Reaction nach Probeexcision Tracheotomie. Vortr. will nach Rückbildung der reactiven Entzündung die Resection des Kehlkopfes ausführen.

Baumgarten hält vorliegenden Fall als extralaryngeales Carcinom für inoperabel.

E. v. Navratil weist auf die vorhandenen Schluckbeschwerden hin; im Falle dieselben durch Uebergreifen auf den Oesophagus verursacht sind, wäre eine Resection contraindicirt.

D. v. Navratil wirft die Frage der Bronchitis auf; in diesem Falle ist die Operation contraindicirt.

Vortragender hält Pharynx und Oesophagus für frei.

5. Onodi: Haemangioma septi cartilaginei.

40jähriger Mann, links an der knorpeligen Nasenscheidenwand eine kurzgestielte, mandelgrosse, blutende Geschwulst. Entfernung mit galvanokaustischer Schlinge. Histol. Befund: Haemangioma simpl.

6. Onodi: Tonsilla succenturiata.

Auf der linken Mandel eine 2 cm lange Nebenmandel auf einem 2—3 mm langen und breiten Stiele. Entfernung mittelst Schlinge. Gewebsstructur der Mandel entsprechend.

Sitzung vom 29. October 1907.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: A. Lipscher.

1. E. v. Navratil: Fall von tracheo-bronchialer Compression.

33jähriger Mann hustet seit 4 Monaten, in letzter Zeit Erstickungsanfälle und Brustschmerzen. Kranker ist cyanotisch, Athmung stenotisch. Zwischen den beiden Parasternallinien, von der 2.—6. Rippe Dämpfung, entsprechend dem



Schatten bei der Röntgenuntersuchung. Herz mässig vergrössert, Herztöne rein, accentuirt, an den Extremitäten keine Pulsverspätung; Lungen erweitert, meistentheils trockene Rasselgeräusche; rechts vorne Athmen geschwächt, in der Scapula und Interscapulargegend bronchial. Kehlkopf normal; Sputum auf Tuberkelbacillen negativ. Vortr. hält den Tumor für ein Mediastinalsarkom.

2. E. v. Navratil: Noma der Ober- und Unterlippe.

20jähriger, sehr herabgekommener Zigeunerbursche aus einer Sumpfgegend. Im März l. J. entstand auf der Unterlippe eine Geschwulst, welche bald exulcerirte. Status praesens: An der Stelle der gänzlich zerstörten Ober- und Unterlippe ein 3—4 cm breites, mit ausgebuchteten und wallartig erhabenen Rändern begrenztes Geschwür, dessen Grund nekrotisches, stinkendes Gewebe bildet. Linke obere und untere Schneidezähne freiliegend. Lues oder Tuberculose ausgeschlossen.

Vortr. hält die Erkrankung für Noma.

Donogány weist auf die Befunde von Vincent-Bacillen bei Noma.

Baumgarten empfiehlt das Streptokokkenserum.

3. Z. v. Lénárt: Chronisches Oedem des Kehlkopfes und des weichen Gaumens.

12jähriges Mädchen seit Beginn (2 Jahre) Schluckbeschwerden, Husten des Nachts und Athembeschwerden. Uvula, Gaumenbögen grauroth, ödematös, Epiglottis kleinfingerdick. Beide arytaenoidalen Gegenden, aryepiglottischen Falten, Taschenbänder verdickt, glatt, grauroth. Stimmbänder normal. Athmen etwas geräuschvoll, Stimme rein. Im Uebrigen Kehlkopf normal. Lues, Tuberculose nicht nachweisbar, Brust- und Bauchorgane ebenso, Urin, Blutuntersuchung negativ. Röntgen- und histologische Untersuchung erwies nichts Abnormes. Therapie bisher erfolglos. Vortr. hält das Oedem für ein idiopathisches.

Zwillinger sah einen Fall von chronischem Oedem des weichen Gaumens ohne entzündliche Erscheinungen.

Nach Baumgarten erinnert der Fall an den Lymphosarkomfall Störk's.

Donogány denkt an Tuberculose, an Quincke's Oedem oder an ein Myxödem.

4. D. v. Navratil: Operirter Fall eines Septumcarcinoms.

Vor 6 Monaten exstirpirte Vortr. bei der 32jährigen Kranken ein wallnussgrosses Basalzellencarcinom des unteren Theils des Septum endonasal. Perichondrium und Knorpel waren intact. Histolog. Untersuchung: sehr malignes Basalzellencarcinom. Bisher keine Recidive.

Tóvölgyi möchte keine günstige Prognose stellen.

Lénárt hält die Prognose, da die Entfernung eine totale und das umliegende Gewebe intact war, für günstig.

5. Onodi: Mucocele der mittleren Nasenmuschel.

Patientin leidet seit 4 Jahren an Verstopfung der linken Nasenhälfte und Schmerzen in der linken Schläfengegend. Linke mittlere Muschel geschwollen,

nach Incision eine 4 cm grosse, mit Schleim gefüllte Höhle sichtbar. Nach Vortr. münden solche Muschelzellen an ihrem höchsten Punkte, im oberen Nasengange, was die Retentionserscheinungen erklärt.

Zwillinger schrieb schon vor 17 Jahren über diese Frage und citirt Zuckerkandl, der meint, dass es sich um versprengte Siebbeinzellen handle. Der Ausdruck „Muschelzelle“ ist nur eine Abkürzung.

Nach Onodi sind die mit Luft gefüllten Knochenblasen nicht so selten, hingegen die mit Schleim und Eiter gefüllten häufig.

6. A. v. Irsay: Ueber die Verbreitung des Skleroms in Ungarn, nebst Beitrag zur Therapie desselben. (Vortrag.)

Vortr. construirte auf Basis der eigenen, sowie der Róna'schen Fälle eine Karte der geographischen Verbreitung des Skleroms in Ungarn. Referirt über 17 Fälle, welche theils in den an Galizien grenzenden Comitaten, theils in dem Rumänien anliegenden Comitate Fogaras vorkamen; andere stammen aus dem Centrum des Landes. Demzufolge sind gewisse Gegenden Ungarns mit Sklerom verseucht. Vortr. dringt auf Einführung der obligatorischen Anzeigepflicht und Isolirung.

Im zweiten Theile des Vortrags theilt J. seine Erfahrungen mit über die Therapie des Skleroms mit Fibrolysin.

Zwillinger hält auch die Klärung dieser Frage für wichtig, da nach Russland und Rumänien angeblich in Ungarn die meisten Skleromfälle vorkommen.

Donogàny bringt in Vorschlag, dass die Section mit Unterstützung des Aerztevereins und der Regierung Specialisten in die durchseuchten Gegenden schicke.

Baumgarten empfiehlt das Diphtherieheilserum.

E. v. Navratil empfiehlt zu obigem Zwecke ein Comité mit Zuziehung der Dermatologen und Bakteriologen. Heilung bringt nur die Excision mit nachfolgender Plastik; demonstrirt mehrere Photographien der von ihm auf diese Weise behandelten und vollkommen geheilten Fälle.

Vortr. schliesst sich der Proposition des Präsidenten und Dongány's an. Auf Vorschlag des Präsidenten wird ein Comité entsendet. v. Navratil.

---

c) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

November 1906.

Vorsitzender: R. H. Woods.

A. Wylie: Epitheliom der Tonsille. Operation.

59jähriger Mann; nach ausgedehnter Operation mit Entfernung der geschwollenen Drüsen am Kieferwinkel schnelle Heilung. Jetzt 6 Monate danach kein Recidiv.

Mayo Collier: 1. Fall von Kehlkopftuberculose.

Der Larynx wurde bei dem an chirurgischer Tuberculose leidenden 33jährigen Mann spät befallen.



2. Doppelseitige Abductorlähmung.
Zur Diagnose.

Abercrombie: „Tuberculom" des Nasenrachens.

Nach Entfernung der Masse mit einer Adenoidcurette befindet sich Patient wohl.

Wyatt Wingrave schwankt bei Beurtheilung der Geschwulst zwischen Lymphadenom und Tuberculom.

Harold Barwell: Fall von Gummi des Kehlkopfs (?).

Collier und der Vorsitzende discutiren die Diagnose.

Andrew Wylie: Tuberculom des Kehlkopfs.

Chichele Nourse: Maligne Erkrankung der Cervicaldrüsen und des Kehlkopfs bei einem 59jährigen Manne.

Die Untersuchung der entfernten Drüsen durch Wyatt Wingrave ergab, dass es sich um ein Endotheliom handelt.

Chichele Nourse: Neubildung im Pharynx.

Wyatt Wingrave: Mikroskopische Schnitte durch Knochenblasen der mittleren Muschel.

Cfr. Journal of Laryngology. August 1906.

Januar 1907.

Vorsitzender: R. H. Woods.

Mayo Collier: Epitheliom des Mundbodens.

Ausführliche Beschreibung einer sehr radicalen Methode zur Entfernung der Zunge und des Mundbodens. Bericht über 2 Fälle, von denen einer noch 7 Jahre nach der Operation lebt, der andere kürzlich 5 Jahre nach der Operation ohne Recidiv an Pneumonie starb.

Mayo Collier: Doppelseitige Abductorlähmung.

Vorgestellt in der vorigen Sitzung; Discussion.

Harold Barwell: 1. Tuberculöse Ulceration des Pharynx bei einem 17jährigen Mann.

2. Gummi des Kehlkopfs. Vorgestellt in der vorigen Sitzung.

Incision von aussen zeigte ein blasses granulationsähnliches Gewebe von zweifelhaftem mikroskopischem Charakter.

Chichele Nourse: Polysinusitis, das Resultat der Radicaloperation zeigend.

Eine Anzahl Redner besprechen das excellente Operationsresultat.

März 1907.

Vorsitzender: Mayo Collier.

Abercrombie: 1. Maligne Erkrankung des Larynxinnern bei einem 62jährigen Mann. Thyreotomie.



2. „Tuberculoide“ Erkrankung der Tonsille.

Der mikroskopische Befund ist zweifelhaft.

Mayo Collier: Tuberculose des Larynx.

Chichele Nourse: Fixation des linken Stimmbandes in Folge Tuberculose der linken ary-epiglottischen Falte.

Andrew Wylie: Recidivirende Lähmung des linken Stimmbandes n Folge von Druck durch Drüsenmassen am Halse.

Kelson: Tuberculöse (?) Erkrankung des Larynx.
Zur Diagnose.

Wyatt Wingrave: Myceleninfection der Tonsillen bei einem 36jährigen Mann.

Ausser den gewöhnlichen senilen Veränderungen fanden sich an der Tonsille Mycelenfäden, die sich nach Gram färben liessen.

W. hat dies öfter bei Patienten über 50 Jahren gefunden, niemals jedoch bei Kindern und jungen Leuten.

Harold Barwell: Kehlkopftumor. Fall im November 1906 vorgestellt.

Epitheliom bei einem 28jährigen Mann.

Mai 1907.

Vorsitzender: Woods.

Woods: Fall von Durchschneidung des Halses bei einer dreissigjährigen Frau.

In Folge eines Schnittes, der in Höhe der Thyreohyoidmembran alle Gewebe am Halse bis auf die Wirbelsäule durchtrennte, hatte sich eine Narbe gebildet, die die Mundhöhle vollkommen vom Larynx und Oesophagus abtrennte. Nahrungsaufnahme und Athmung wurden durch eine breite Tube in dem thyreohyoidalen Zwischenraum bewerkstelligt. In dem Narbengewebe fand sich eine kleine Oeffnung, die allmählich erweitert wurde. Es wurde eine besonders construirte Tube eingesetzt. Um das Hinabgleiten des Speichels in die Trachea zu verhüten, wurde an dem pharyngealen Ende der Tube ein Reservoir gemacht, aus dem die Flüssigkeit durch eine kleine Pumpe abgesaugt wurde, die Patientin unter dem Kleide verborgen trug. Patientin kann jetzt durch die Nase athmen und auch sprechen.

Stuart Low: Fall von Stirnhöhlenempyem mit Epilepsie.

Seit Ausräumung des Sinus keine Anfälle mehr. E. B. Waggett.

V. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Zum Präsidenten des St. Petersburger oto-laryngologischen Vereins ist der Mitarbeiter des Centralblatts, Dr. P. Hellat, gewählt worden.



Die Herren Grabower (Berlin) und Brieger (Breslau) haben den Professortitel, Dr. Panse (Dresden) den Sanitätsrathtitel erhalten.

Dr. Wittmack (Greifswald) ist als ordentlicher Professor der Oto-Rhino-Laryngologie nach Jena berufen worden.

Dr. Heinrich Herzog hat sich an der Universität München für Laryngologie und Otologie habilitirt.

(Die vorstehenden 3 Nachrichten sind der Monatsschr f. Ohrenheilk. entnommen.)

Der Wiener Allgemeinen med. Wochenschrift entnehmen wir die Nachricht, dass Prof. Dr. A. Jurasz (Heidelberg) einen Ruf an die Universität in Lemberg angenommen hat.

Herr Dr. Oppikofer (Basel) ist dem Centralblatt als ständiger Mitarbeiter beigetreten.

Dr. J. W. Gleitsmann (New-York) ist zum correspondirenden Mitglied der Wiener Laryngologischen Gesellschaft erwählt worden.

Am Schluss des Jahres wird in St. Petersburg der erste russische oto-laryngologische Congress veranstaltet.

Eustasio Uruñuela †.

Dieser bekannte spanische Kehlkopfarzt, der im Jahre 1904 als Präsident der Section für Laryngologie bei dem Madrider Internationalen Congresse fungirte, ist, wie wir den Annales des Maladies de l'Oreille et du Larynx entnehmen, zu Madrid im Alter von 50 Jahren gestorben. Er war ein Schüler Rafael Ariza's und dessen Nachfolger an der laryngo-otologischen Abtheilung des Instituts Rubio.

British Medical Association.

SEVENTY-SIXTH ANNUAL MEETING, SHEFFIELD.

July 28th, 29th, 30th, and 31st, 1908.

Section of Laryngology, Otology and Rhinology.

President: George Wilkinson, M.B., F.R.C.S., Sheffield.
Vice-Presidents: Walter Jobson Horne, M.D., London.
Harry Lockwood, M.R.C.S., Sheffield.
Duncan Gray Newton, M.B., Sheffield.

The Meeting of the British Medical Association will take place this year at Sheffield on July 28th, 29th, 30th, and 31st. The Section of Laryngology, Otology and Rhinology will be held under the Presidency of Mr. George Wilkinson of Sheffield.

Foreign and Colonial visitors will be cordially welcomed in the Section, and those who may desire to attend are requested to send in their names as soon as possible to the Honorary Secretaries, together with the titles of any papers they may wish to read.

The Section will meet on Wednesday, Thursday and Friday, July 29th, 30th, and 31st, at 10 a. m., adjourning at 1 p. m. each day.

The following subjects have been selected for special discussion:—

1. Wednesday, July 29th. — „Chronic Inflammation of the Pharynx." To be opened by Dr. James Barry Ball and Dr. Peter McBride.
2. Thursday, July 30th. — „The Diagnosis and the Intracranial Complications of Middle-Ear Suppuration." To be opened by Mr. Charles A. Ballance, M.V.O., and Mr. Arthur L. Whitehead.
3. Friday, July 31st. — „The Methods of Dealing with Suppuration in the Maxillary Antrum." To be opened by Dr. St. Clair Thomson and Dr. Arthur Logan Turner.

William Smith Kerr, M.B., 281, Glossop Road, Sheffield, } Hon. Secs.
Hunter F. Tod, F.R.C.S., III, Harley Street, London, }

In order to save time and correspondence all communications relating to the exhibition of preparations, instruments, &c., may be addressed to Dr. W. S. Kerr, 281, Glossop Road, Sheffield; and all others relating to papers and discussions to Mr. Hunter F. Tod, 111, Harley Street, London, and marked „Section of Laryngology, Otology and Rhinology".

Regulations for the Conduct of Sections.

1. Papers at the Sectional Meetings must not occupy more than Fifteen minutes in reading, and no subsequent speech must exceed Ten minutes.
2. Authors are requested to send short abstracts of their papers not later than Saturday, May 30th.
3. The text of Papers submitted for publication in the „British Medical Journal" as part of the report of the Section should represent what is actually read in the Section.
4. Each author should hand the text of his Paper in proper form for publication to one of the Secretaries of the Section immediately after it is read, or at the latest at the end of the day's meeting of the Section. Neglect to comply with this request may result in the omission of the Paper in question from the proceedings of the Section published in the „British Medical Journal".
5. Papers read are the property of the British Medical Association, and cannot be published elsewhere than in the „British Medical Journal" without special permission.
6. Authors of Papers not read have no claim for the publication of their Papers in the „British Medical Journal". Papers cannot be taken as read. If not read they form no part of the proceedings of the Section.

By order of the Council,
Guy Elliston, General Secretary.

Internationaler Congress für Laryngologie und Rhinologie.

Wien, 21. bis 25. April 1908.

Folgende weitere Details sind uns aus dem Büreau des Congresses mitgetheilt worden.

Vorläufiges Programm.

Montag, 20. April, Abends 8 Uhr: Zwanglose Zusammenkunft der Congressmitglieder in der Volkshalle des Rathhauses, I. Bezirk, Dr. Karl Lueger-Platz, woselbst auch Speisen verabreicht werden.

Dienstag, 21. April, 11 Uhr Vormittags: Die feierliche Eröffnung des Congresses und der Ausstellung in den Festräumen der Universität, I. Bezirk, Franzensring.

Vorläufiges Programm für die Eröffnungssitzung:

1. Begrüssung und Eröffnung des Congresses durch den Präsidenten, Hofrath Professor Dr. O. Chiari (Wien).
2. Bericht des Generalsecretärs, Professor Dr. M. Grossmann (Wien).
3. Ansprachen (die Reihenfolge wird später bekannt gegeben).
4. Festrede auf Türck und Czermak, gehalten vom Ehrenpräsidenten, Hofrath Professor Dr. L. Schrötter Ritter von Kristelli (Wien).
5. Eröffnung der Ausstellung.

Dienstag, 21. April, Nachmittags 4 Uhr: Besichtigung der Universitäts-Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten des Hofrathes Prof. Chiari im Allgemeinen Krankenhause (IX., Alserstrasse 4), der Laryngologischen Abtheilung des Docenten Dr. Koschier an der Wiener Allgemeinen Poliklinik (IX., Mariannengasse 10) und des Ambulatoriums des Docenten Dr. Hajek (IX., Beethovengasse 6).

Das detaillirte Programm der **gesellschaftlichen Veranstaltungen** wird später ausgegeben. Das **Bankett** dürfte am 23. April, Abends um 7 Uhr, im Hotel Continental (II., Praterstrasse 7) stattfinden. Die Mitglieder und ihre Damen werden gebeten, an dem Bankett (Preis 20 Kr. pro Person, inclusive Getränke) theilzunehmen und sich zu diesem Zwecke bei unserem Kassirer, Dr. G. **Scheff**, Wien, I., Hoher Markt 4, anzumelden. Nach Einsendung von 20 Kr. pro Person an unseren Kassirer werden die Bankettkarten übersandt werden.

Die Stadt Wien hat die Congressisten und ihre Damen zu einem Bankett im Rathhause eingeladen.

Damen-Comité.

Das Damen-Comité hat sich bereits constituirt und wird demnächst ein Vergnügungsprogramm für die Damen der Congressmitglieder ausarbeiten.

Wissenschaftliche Verhandlungen

in dem Sitzungssaale der Gesellschaft der Aerzte. IX. Bezirk. Frankgasse 8.

Von Mittwoch, 22. April, bis Samstag, 25., finden täglich von 1/2 10 Uhr Vormittags bis 1 Uhr Nachmittags und von 1/2 3 Uhr bis 5 Uhr Nachmittags wissenschaftliche Sitzungen statt. Jede dieser Sitzungen soll durch ein Referat eingeleitet werden, an das sich dann die Vorträge in der Reihenfolge der Anmeldungen anschliessen. In der Reihenfolge der Vorträge tritt insofern eine Aenderung ein, als sämmtliche Wiener Collegen zu Gunsten der Gäste von ihrer infolge der Anmeldung erworbenen Rangordnung zurücktreten. Auch müssen sich die Vorsitzenden Aenderungen in der Reihenfolge vorbehalten.

Demonstrationen von Kranken finden Mittwoch, den 22. April, Nachmittags nach dem Referate statt.

Referate. — Rapports. — Reports.

Mittwoch, 22. April, Vormittags. — Mercredi, 22. April, avant-midi:

B. Fränkel (Berlin), Referent. — **Lermoyez** (Paris), Correferent:

Die Laryngologie und Rhinologie vom allgemein-medicinischen Standpunkt. — Unterricht und Prüfung in diesen Fächern in den verschiedenen Staaten. Discussion. Vorträge.

Nachmittags — après-midi:

Onodi (Budapest), Referent. — **Kuhnt** (Königsberg), Correferent:

Zusammenhang der Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes mit denen des Auges. Discussion. Vorträge.

Donnerstag, 23. April, Vormittags. — Jeudi, 23. Avril, avant-midi:

Sir Felix Semon (London), Referent:

Die Allgemeinbehandlung localer Leiden der oberen Luftwege. Discussion. Vorträge.

Nachmittags — après-midi.

Burger (Amsterdam), Referent. — **Gradenigo** (Turin), Correferent:

Die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Röntgenstrahlen und des Radiums in der Laryngologie und Rhinologie. Discussion. Vorträge.

Freitag, 24. April, Vormittags. — Vendredi, 24. April, avant-midi:

Gleitsmann (New-York), Referent. — **Heryng** (Warschau), Correferent:

Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege. Discussion. Vorträge.

Nachmittags — après-midi:

Vorträge. — Communications. — Papers.

Samstag, 25. April, Vormittags. — Samedi, 25. Avril, avant-midi:

Jurasz (Heidelberg), Referent:

Internationale Laryngo-Rhinologen-Congresse. Discussion. Vorträge.

Nachmittags: Vorträge.

Angemeldete Vorträge. — Communications. — Papers.

1. **Gluck** (Berlin): Die Chirurgie im Dienst der Laryngologie (mit Demonstration von Patienten).
2. **Heymann** (Berlin): Das **Liston-Garcia**'sche Princip.



3. Heryng (Warschau): Ueber Inhalationstherapie.
4. Flatau (Berlin): Neuere Erfahrungen über die Phonasthenie.
5. Grossmann (Wien): Ueber die intrabulbären Verbindungen des Trigeminus zum Vagus.
6. Baumgarten (Budapest): Kehlkopf- und Oesophagusstenose und ihr Einfluss auf die Geschlechtsorgane.
7. Imhofer (Prag): Die Kenntniss der Kehlkopftuberkulose im griechischen und römischen Alterthum.
8. Massei (Neapel): Riesengeschwülste im Larynx.
9. Denker (Erlangen): Die operative Behandlung der malignen Tumoren der Nase.
10. J. Oller Rabasa (Barcelona): Thema vorbehalten.
11. Killian (Freiburg i. Br.): Die Röntgenphotographie im Dienste der Rhinologie (und eine Demonstration).
12. v. Eicken (Freiburg i. Br.): Unsere Erfahrungen mit der Killian'schen Stirnhöhlenoperation (und eine Demonstration).
13. Brünings (Freiburg i. Br.): Ueber technische und klinische Fortschritte auf dem Gebiete der Bronchoskopie (und eine Demonstration).
14. Nägeli-Ackerblom (Genf): Therapie bei Rachen- und Halskrankheiten in Genf um 1700.
15. Emil Glas (Wien): Zur Kritik der Massei'schen Gesetze.
16. Emil Glas und Emil Kraus (Wien): Kehlkopftuberculose und Gravidität.
17. Ullmann (Wien): Beiträge zum Verhältniss zwischen Exanthemen und Enanthemen bei typischen Dermatosen.
18. Katzenstein (Berlin): Ueber Versuche am Gyrus praecrucialis Owen.
19. Sedziak (Warschau): Die Frage der Radicalbehandlung des Kehlkopfkrebses in den letzten 50 Jahren (1858—1908).
20. Alb. Blau (Görlitz): Ueber Sensibilität und Reflexbahnen des Larynx.
21. Réthi (Wien): a) Indicationen der Operationen an der Nasenscheidewand.
22. Réthi (Wien): b) Einiges über die Pendelzuckung.
23. Onodi (Budapest): Ueber den diagnostischen Werth der Stirnhöhlendurchleuchtung.
24. Marquis (Chicago): Enucleatio tonsillae (Demonstration).
25. Brieger (Breslau): Ueber die Bedeutung der Befunde von Rachenmandeltuberculose.
26. Jörgen Möller (Kopenhagen): Beiträge zur Kenntniss des Mechanismus der Brust- und Falsettstimme.
27. Struycken (Breda): Die optische Beobachtung von Luftschwingungen (Vocalklänge, Galtontöne etc.) und deren photographische Aufnahme (mit Demonstration).
28. Otto Mayer (Graz): Demonstration mikroskopischer Präparate.
29. Hajek (Wien): Meine Erfahrungen über meine endonasale Radicaloperation der Keilbeinhöhle.
30. Kanasugi (Tokyo): Ueber die Kehlkopfstörungen bei Beri-Beri.
31. Vohsen (Frankfurt a. M.): a) Neue Behandlungsmethode des Nasenrachenkatarrhs und der Rhinitis vasomotorica.
32. Vohsen (Frankfurt a. M.): b) Operation der bösartigen Mandelgeschwülste.
33. Vohsen (Frankfurt a. M.): c) Methodik der Stirnhöhlen- und Kieferhöhlendurchleuchtung (mit Demonstration eines neuen Instruments).
34. Moure (Bordeaux): Considération sur la Trachéotomie-Thyrotomie.
35. Fein (Wien): Zur Fensterresection der Nasenscheidewand.
36. Hugo Stern (Wien): Ueber Störungen der Sprache und Stimme bei Nervenkrankheiten.
37. Koschier (Wien): Die operative Behandlung des Larynxcarcinoms.
38. Schiffers (Liège): Trophödeme des Larynx.
39. Hennig (Königsberg): Der Einfluss der deutschen Meere (Nord- und Ostsee) auf die Tuberculose der oberen Luftwege.
40. Mahu (Paris): Emploi de la baisse-langue autostatique en Rhino-Laryngologie.

*41. Tapia (Madrid): a) Observations personnelles de corps étrangers des premiers voies respiratoires et digestives, enlevés au moyen de l'esophagoscopie et de la trachéo-bronchoscopie directes.
*42. Tapia (Madrid): b) Collection des moulages en cire représentant des diverses lésions ésophagiques observées dans ma clinique.
*43. Della Vedova (Mailand): Sur quelqnes points rélatifs au développement des cavités nasales de l'homme.
*44. Della Vedova und Clerc (Mailand): Considérations cliniques et recherches histopathologiques dans les rhinites hypertrophiques.
*45. Weil (Wien): Ueber die conservative Behandlung der Nebenhöhleneiterungen.
*46. Harmer (Wien): Ueber Lähmungen der Stimmlippen nach Strumaoperationen.
*47. Cauzard (Paris); a) De l'esthétique dans le traitement chirurgical des sinusites frontales.
*48. Cauzard (Paris): b) Ostéo-fibrôme du maxillaire supérieur ayant comblé la cavité du sinus.
*49. Cauzard (Paris): c) Extraction de deux arrètes et d'une vertèbre de poisson munie de 2 arrêtes, de la trachée et du larynx d'un enfant de 18 mois par la méthode de Killian.
*50. Kahler (Wien): Ueber die Erfolge der radicalen Behandlung der Nebenhöhleneiterungen.
*51. Löwe (Berlin): a) Ueber die Freilegung des Naseninnern vom Munde aus.
*52. Löwe (Berlin): b) Ueber die Aufdeckung der Hypophysis.
*53. L. Clerc (Mailand): Rilievi istopatologici sopra alcune neoplasie della laringe.
*54. Pardi (Mailand): Des caractères histologiques de quelques tumeurs nasales et du rhinopharynx.
*55. Scheier (Berlin): Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Rhinologie.
*56. Texier (Nantes): Sur deux cas de corps étrangers des bronches; extraction par la bronchoscopie inférieure.
*57. Mermod (Lausanne): Résection soumuqueuse de la cloison et ozène.
58*. Niessl v. Mayendorf (Leipzig): Ueber den Mechanismus der cerebralen Schlinglähmung (mit Demonstration).
*59. Tilley (London): Some points in the differential diagnosis of chronic suppurative pan-sinisutis.
*60. Mader (München): Weitere Mittheilungen über Röntgen-Therapie und Diagnostik in den oberen Luftwegen.
*61. Spiess (Frankfurt a. M.): a) Ueber die Bedeutung der Anästhesie bei der Behandlung von Entzündungen etc. etc.
*62. Spiess (Frankfurt a. M.): b) Die Behandlung der Kehlkopfpapillome.
*63. Kren (Wien): Einige seltene Dermatosen und ihre Localisation auf Mund- und Larynxschleimhaut (Demonstration von Kranken).
*64. Donogány (Budapest): a) Ueber nasales Asthma.
*65. Donogány (Budapest): b) Die Reflexneurose der Nase und ihre Beziehungen zum Asthma.
*66. Melzi (Mailand): Ueber vier Fälle von Laryngotrachealstenose, durch Laryngotomie geheilt.
*67. Laker (Graz): Zur Frage der Entstehung und Heilung des Stimmbandkrebses.
*68. Dreifuss (Strassburg i. E.): Die Bekämpfung der Kehlkopftuberculose.
*69. Aboulker (Algier): a) Névralgie fronto-occipale par fibro-sarcome diffus du naso-pharynx.
*70. Aboulker (Algier): b) Trois cas de pseudo-hémoptisies d'origine naso-pharyngienne.
*71. Aboulker (Algier): c) Odontome de la base du crâne..
*72. Aboulker (Algier): d) Trombo-phlébite des sinus caverneux.
*73. Plesch (Budapest): Zur Behandlung der functionellen Sprachstörungen.
*74. Kuttner (Berlin): Was leistet die Röntgenphotographie für die Diagnose und Therapie der Nasennebenhöhlenerkrankungen? (Demonstration, Theatergläser erwünscht).

*75. Garel (Lyon): L'enrouement de l'enfance.
*76. Heryng (Warschau): Die Technik der chirurgischen Behandlung der Larynxphthise (mit Demonstration von Zeichnungen und Instrumenten).
*77. Claoué (Bordeaux): Des phlegmons de l'orbite consécutifs aux sinusites fronto-maxillaires.
*78. Guisez (Paris).
*79. Gutzmann (Berlin): Ueber die Stimme und Sprache der Laryngectomirten.
*80. Fein (Wien): Demonstration eines Instruments.

* Nach dem 31. December 1907 angemeldet.

Das Bureau des Congresses befindet sich vom 14. bis 27. April im Hause der Gesellschaft der Aerzte (IX., Frankgasse 8) und wollen von da an alle Anfragen dahin gerichtet werden.

Während der Tagung des Congresses wird ein Tageblatt erscheinen und den Congressmitgliedern zur Verfügung stehen.

In dem Hause der Gesellschaft der Aerzte (IX., Frankgasse 8) ist ein Raum für Spiegeluntersuchungen vorgesehen.

Ausstellung.

Gleichzeitig mit dem in Wien vom 21. bis 25. April 1908 tagenden „Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress“ wird in den Räumen der k. k. Universität eine Ausstellung von Objecten, welche auf die Laryngologie und Rhinologie, Oesophagoskopie und Bronchoskopie Bezug haben, stattfinden. Zur Ausstellung gelangen: Untersuchungs-, Operations- und Behandlungs-Instrumente, Inhalations-, elektromotorische Beleuchtungsapparate und sonstige technische Hülfsmittel, Prothesen etc., ferner Handschriften, Bücher, Präparate, Abbildungen etc.

Bisher sind 68 Aussteller gemeldet: in beschränkter Anzahl können Anmeldungen noch bis zum 1. April angenommen werden. Unter den Ausstellern sind mehrere Kliniken und wissenschaftliche Institute, zahlreiche Fachmänner aus verschiedenen Ländern und die bekanntesten Fabrikanten von einschlägigen Instrumenten, von Apparaten und pharmaceutischen Präparaten vertreten. Hervorzuheben wäre noch, dass zahlreiche Manuscripte der durch den Congress zu feiernden Gelehrten Türck und Czermak, sowie von ihnen benutzte Instrumente (u. a. die von Türck und Czermak zuerst gebrauchten Kehlkopfspiegel) ausgestellt werden. Besonderes Interesse dürfte auch die Türck'sche Bildersammlung (Originalaquarelle von der Meisterhand Elfinger's, unter Türck's Leitung verfertigt) erwecken.

Diverses.

Jene Herren, die einen Gipsabguss der Büste Türck's zu erwerben wünschen, können diese um den Betrag von 12 Kr. durch das Bureau des Congresses vom Kunstgiesser Schroth, Wien, XII., Dunklergasse 14, beziehen.

Gipsabgüsse der Büste Czermak's sollen angefertigt werden, wenn eine grössere Zahl von Congressmitgliedern dies wünscht.

Delegirte	**Délégués**	**Delegates**
a) von Gesellschaften:	a) de Sociétés:	a) of Societies:

1. H. van Anrooy, Dr., Rotterdam
   Burger, H.*), Prof. Dr., Amsterdam
   A. C. H. Moll, Dr., Arnhem
   } Nederlandsche Keel-, Neus- en Oorheelkundige Vereeniging.
2. Barth*), Prof. Dr., Leipzig, Sächsisch-Thüringische Ohren- und Kehlkopfärzte in Leipzig.
3. Bayer, L., Dr., Brüssel
   Broeckaert, Gand
   Capart, A., Dr., Brüssel
   Eeman, E.*), Prof., Gand
   Schiffers, T.*), Prof., Liège
   } Société Belge d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie.

*) Sind auch Vertreter von Universitäten.

4. Cisneros-Sevillano, Juan, Dr., Madrid, Academia Medico Quirurgica Española Madrid.
5. Grazzi, Vittorio, Prof. Dr., Florenz, Società Italiana di Laringologia, d'Otologia e di Rinologia.
6. Heymann, P., Prof., Berlin, Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.
7. Jurasz, A.*), Prof. Dr., Heidelberg, Verein süddeutscher Laryngologen.
8. Kanasugi, Dr., Hakase, Tokio, Japanische Oto-rhino-laryngologische Gesellschaft.
9. v. Navratil, Imre*), Hofrath Prof., Budapest, Rhino-laryngologische Section des königl. ungar. Aerztevereines in Budapest.
10. Neumayer, Doc. Dr., München, Laryngo-otologische Gesellschaft in München.
11. Newcomb, J. E., Dr., New York, Americen Laryngological Association New York.
12. Wirklicher Geheimer Rath Moritz Schmidt †, Frankfurt a. M., Deutsche Laryngologische Gesellschaft.
13. Sir Felix Semon***), Prof., London, Laryngological Section of Royal Society of Medicine.
14. Sokolowski, Dr., Warschau, Warschauer laryngologische Gesellschaft.
15. Stucky, Dr., New York, The American Academy of Ophthalmology and Oto-Laryngology.
16. (Noch nicht nominirt), Oto-Laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

b) von Universitäten: b) d'Universités: b) of Universities:

1. Barth**), Prof. Dr., Leipzig.
2. Burger, H.*), Prof, Dr., Amsterdam.
3. Butler, Margaret, Prof. Dr., Philadelphia.
4. Capart, A.**), Dr., Cheval, V., Dr., Brüssel.
5. Collet, M., Prof. Dr., Lyon.
6. Denker, A., Prof. Dr., Erlangen.
7. Dennis, Fr., Prof. Dr., New York.
8. Eeman, E.**), Prof. Dr., Gand.
9. Flaivre, Prof. Dr., Poitiers.
10. Frankenberger, Prof. Dr., Prag (böhmische Facultät).
11. von Gámán, Doc. Dr., Kolozsvár.
12. Gaudier. Prof. Dr., Lille.
13. Habermann, Joh., Prof. Dr., Graz.
14. Hirsch, Prof. Dr., Göttingen.
15. Trevelyan, E. F., Dr., Leeds.
16. Jurasz, A.**), Prof. Dr., Heidelberg.
17. Killian, Prof. Dr., Freiburg i. B.
18. Kon, P. Th. L., Prof. Dr., Leiden.
19. Leutert, Prof. Dr., Giessen.
20. Lichtheim, Prof. Dr., Königsberg.
21. Loeb, Hanau W., Prof. Dr., St. Louis.
22. Lüscher, Prof. Dr., Bern.
23. Mackenzie, Prof. Dr., Baltimore.
24. Mermod, Prof. Dr., Lausanne.
25. Moure, Prof. Dr., Bordeaux.
26. Mouret, Prof. Dr., Montpellier.
27. v. Navratil, Imre**), Hofrath Prof. Dr., v. Grósz, Emil, Prof. Dr., Budapest.
28. Oloriz, Frederico, Prof. Dr., Granada.
29. Ostmann, Prof. Dr., Marburg.
30. Paterson, D. R., Dr., Cardiff.
31. Pieniazek, Przemyslaus, Prof. Dr., Krakau.
32. Schadle, Prof. Dr., Minneapolis.
33. Schiffers, T.**), Prof. Dr., Liège.
34. Schmidt, Prof. Dr., Halle-Wittenberg.
35. Tapia, Dr., Madrid (Instito Rubio).
36. Turner, Logan A., Dr., Edinburgh.
37. Uchermann, Prof. Dr., Christiania.
38. Waggett, Ernest Blechydon, Dr., Cambridge.
29. Watson, Williams, Dr., Bristol.
40. (Noch nicht nominirt), Boston.

c) of the Royal College of Physicians of London:

Sir Felix Semon, London.

*) Sind Vertreter von Universitäten.
**) Sind auch Vertreter von Gesellschaften.
***) Ist auch Vertreter des Roy. Coll. of Phys. of London.

Mitglieder. — Membres. — Members.

Oesterreich-Ungarn.

1. Bien, Doc. Dr. Karl, Wien.
2. Bienenstock, Dr. David, Wien.
3. Bondy. Dr. Fritz, Wien.
4. Braun, Dr. Josef, Wien.
5. Chiari, Hofrath Prof. Dr. Ottokar, Wien.
6. Dobija, Dr. Franz, Wien.
7. Ebstein, Dr. Ludwig, Wien.
8. Fein, Doc. Dr. Johann, Wien.
9. Glas, Dr. Emil, Wien.
10. Goldschmid, Dr. David, Wien.
11. Grossmann, Prof. Dr. Michael, Wien.
12. Hajek, Doc. Dr. Markus, Wien.
13. Hanszel, Dr. Friedrich, Wien.
14. Harmer, Doc. Dr. Leopold, Wien.
15. Heindl, Dr. Adalbert, Wien.
16. Herrmann, Dr. Viktor, Wien.
17. Herrnheisser, Dr. Wilhelm, Wien.
18. Hirsch, Dr. Oskar, Wien.
19. Hutter, Dr. Fritz, Wien.
20. Ivonsky, Dr. Emil v., Wien.
21. Kahler, Dr. Otto, Wien.
22. Kofler, Dr. Karl, Wien.
23. Koschier, Doc. Dr. Johann, Wien.
24. Kraus, Dr. Emil, Wien.
25. Kren, Dr. Otto, Wien.
26. Kunwald, Dr. Lothar, Wien.
27. Landesberg, Dr. Rudolf, Wien.
28. Laub, Dr. Moritz, Wien.
29. Läufer, Dr. Vincenz, Wien.
30. Leipen, Dr. Otto, Wien.
31. Lermer, Dr. Simon, Wien.
32. Masehik, Dr. Hermann, Wien.
33. Menzel, Dr. Karl M., Wien.
34. Müller, Dr. Karl II, Wien.
35. Neumann, Dr. Heinrich, Wien.
36. Ofensetzer, Dr. Friedrich. Wien.
37. Panzer, Dr. Bernhard, Wien.
38. Pollak, Dr. Otto, Wien.
39. Popovic, Dr. Demet., Wien.
40. Reder, Dr. Berthold, Wien.
41. Reiss, Dr. Rudolf, Wien.
42. Réthi, Doc. Dr. Leopold, Wien.
43. Rocco, Dr. Anton, Wien.
44. Roth, Doc. Dr. Wilhelm, Wien.
45. Scheff, Dr. Gottfried, Wien.
46. Schrötter, Dr. Hermann v., Wien.
47. Schrötter, Hofrath Prof. Dr. Leopold v., Wien.
48. Sperber, Dr. Joachim, Wien.
49. Spitzer, Dr. Franz. Wien.
50. Stein, Dr. Konrad, Wien.
51. Stern, Dr. Hugo, Wien.
52. Ullmann, Doc. Dr. Karl, Wien.
53. Weil, Dr. Moritz. Wien.
54. Weleminsky, Dr. Josef, Wien.
55. Lantin, Dr. Gustav, Baden bei Wien.
56. Eberstaller, Dr. Ignaz, Linz.
57. Erben, Dr., Graz.
58. Habermann, Prof. Dr. Joh., Graz.
59. Laker, Doc. Dr. Karl, Graz.
60. Mayer, Dr. Otto Julius, Graz.
61. Pollak, Dr. Eugen, Graz.
62. Veth, kais. Rath Dr. Felix, Lussinpiccolo.
63. Frankenberger, Prof. Dr. Ottokar, Prag.
64. Imhofer, Dr. Richard, Prag.
65. Steiner, Dr. Rudolf, Prag.
66. Pieniazek, Prof. Dr. Przemyslaus, Krakau.
67. Schoengut, Dr. Stephan, Krakau.
68. Poras, Dr. Josef. Czernowitz.
69. Baumgarten, Doc. Dr., Budapest.
70. Donogány, Doc. Dr. Budapest.
71. Grósz, Prof. Dr. Emil v., Budapest.
72. Irsai, Prof. Dr. A., Budapest.
73. Lénárt, Dr. Zoltán, Budapest.
74. Morelli, Doc. Dr. Karl, Budapest.
75. Navratil, Hofrath Prof. Dr. Imre, Budapest.
76. Onodi, Prof. Dr. Adolf, Budapest.
77. Plesch, Dr., Budapest.
78. Polyák, Dr., Budapest.
79. Zwillinger, Dr., Budapest.
80. Gámán, Doc. Dr. Béla v., Kolozsvár.
81. Catti, Dr., Fiume.

De l'Etranger.

82. Baginsky, Prof. Dr. B., Berlin.
83. Benkoff. Dr., Berlin.
84. Boldt, Dr., Berlin.
85. Cordes, Dr. H., Berlin.
86. Flatau, Theodor S., Berlin.
87. Fränkel, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. B., Berlin.
88. Gluck, Prof. Dr., Berlin.
89. Gutzmann, Dr. Hermann, Berlin.
90. Hartmann, Prof. Dr. A., Berlin.
91. Herzfeld, Dr. J., Berlin.
92. Heymann, Prof. Dr. P., Berlin.
93. Katzenstein, Dr. Jakob, Berlin.
94. Kuttner, Prof. Dr. A., Berlin.
95. Löwe, Dr. L., Berlin.
96. Loewenberg, Dr. Richard. Berlin.
97. Nast, Dr., Berlin.
98. Pielke, Dr. W., Berlin.
99. Rosenberg, Prof. Dr. Albert, Berlin.

100. Scheier, Dr. M., Berlin.
101. Schoetz, San.-Rath Dr. Paul, Berlin.
102. Siegel, Dr., Berlin.
103. Wehmer, Reg.- u. Geh. San.-Rath Dr., Berlin.
104, Ruprecht, Dr. Max, Bremen.
105. Noltenius, Dr. Ch., Bremen.
106. Winckler, Dr., Bremen.
107. Brieger, Primararzt Dr. Oskar, Breslau.
108. Kuhn, Dr., Kassel.
109. Fackeldey, Cleve.
110. Tornwaldt, San.-Rath Dr., Danzig.
111. Hansberg, Dr., Dortmund.
112. Hoffmann, Dr. R., Dresden.
113. Hopf, Dr., Dresden.
114. Keimer, San.-Rath Dr. Peter, Düsseldorf.
115. Cohnstädt, Dr. E., Erfurt.
116. Denker, Prof. Dr. A., Erlangen.
117. Avellis, Dr. G., Frankfurt a. M.
118. Spiess, Prof. Dr. G., Frankfurt a. M.
119. Vohsen, Dr., Frankfurt a. M.
120. Killian, Prof. Dr. G., Freiburg i. Br.
121. v. Eicken, Dr., Freiburg i. B.
122. Brünings, Dr., Freiburg i. B.
123. Leutert, Prof. Dr., Giessen.
124. Blau, Dr., Görlitz.
125. Lieven, Dr., Aachen.
126. Hirsch, Prof. Dr., Göttingen.
127. Strübing, Prof. Dr., Greifswald.
128. Schmidt, Prof. Dr., Halle a. S.
129. Thost, Dr. H. A., Hamburg.
130. Löhnberg, Dr., Hamm i. W.
131. Jurasz, Prof. Dr. A., Heidelberg.
132. Joël, Dr., Görbersdorf.
133. Friedrich, Prof. Dr., Kiel.
134. Haenisch, Dr. Harry, Kiel.
135. Gerber, Prof. Dr. P., Königsberg i. Pr.
136. Hennig, San.-Rath Dr. Arthur, Königsberg i. Pr.
137. Kuhnt, Prof. Dr., Königsberg i. Pr.
138. Lichtheim, Prof. Dr., Königsberg i. Pr.
139. Barth, Prof. Dr., Leipzig.
140. Mann, Dr., Dresden.
141. Müller, Dr. Alwin, Leipzig.
142. Nissl v. Mayendorf, Dr., Leipzig.
143. Kabsch, Dr. Hugo, Liegnitz.
144. Ostmann, Prof. Dr., Marburg.
145. Lobstein, Dr., Mühlhausen i. E.
146. Fabian, Dr. R. Th., Mühlhausen a. Rh.
147. Bock, Dr. H., München.
148. Grünwald, Dr. L., München.
149. Hasslauer. Stabsarzt Dr., München.
150. Haug, Doc. Prof., München.
151. Mader, Hofrath Dr., München.
152. Neumayer, Doc. Dr., München.
153. Bernatzky, Dr. Karl, Neisse.
154. Alexander, Dr., Bad Reichenhall.
155. Schmidt, Hofrath Dr., Bad Reichenhall.
156. Blumenfeld, Dr. F., Wiesbaden.
157. Bresgen, Dr. Maxim., Wiesbaden.
158. Kabitzsch, Kurt, Verleger, Würzburg.
159. Mayr, Doc. Dr. K., Würzburg.
160. Schmidt, Dr. Al., Würzburg.
161. Seifert, Pref. Dr. O., Würzburg.
162. Booth, Dr. Mackenzie, Aberdeen.
163. Aboulker, Dr. Algier.
164. Burger, Prof. Dr. H., Amsterdam.
165. Meyjes, Doc. Dr. W. Posthumus, Amsterdam.
166. Pel, Prof., Dr. P. K., Amsterdam.
167. Zaalberg, Dr. P. J., Amsterdam.
168. Trétrôp, Dr., Antwerpen.
169. Moll, Dr. A. C. H., Arnhem.
170. Dimitriadis, Doc. Dr. Dimitri, Athen.
171. Mackenzie, Dr., Baltimore.
172. Berini, Dr. F., Barcelona.
173. Oller, Dr. Rabasa, Barcelona.
174. Lüscher, Prof. Dr., Bern.
175. Bousquet, Dr., Béziers.
176. Claoué, Dr., Bordeaux.
177. Moure, Prof. Dr., Bordeaux.
178. Bronner, Dr. A., Bradford.
179. Struycken, Dr. H. J. L., Breda.
180. Baber, Dr. C., Brighton.
181. Watson-Williams, Dr., Bristol.
182. Bayer, Dr. L., Brüssel.
183. Capart père, Dr. A., Brüssel.
184. Capart fils, Dr. A., Brüssel.
185. Cheval, Dr. V., Brüssel.
186. Delsaux, Dr. V., Brüssel.
187. Delstanche, Dr. E., Brüssel.
188. Heyninx, Dr. A., Brüssel.
189. Mihori, Dr., Brüssel.
190. Wodon, Dr. J., Brüssel.
191. Costiniu, Doc. Dr., Bukarest.
192. Elias, Dr., Bukarest.
193. Felix, Dr., Bukarest.
194. Paterson, Dr. D. R., Cardiff.
195. Baradat, Dr., Cannes.
196. Marquis, Dr., Chicago.
197. Uchermann, Prof. Dr., Christiania.
198. Gleason, Dr. J. E., Detroit.
199. Loopuyt, Dr. P. C., Dortrecht.
200. Woods, Dr. Roberts, Dublin.
201. Turner, Dr. A. Logan, Edinburgh.

202. Grazzi, Prof. Dr. Vittorio, Florenz,
203. Dresch, Dr., Foix (Ariège).
204. Hare, Dr. A., Fresno (Kalifornien).
205. Broeckaert, Dr., Gand.
206. Eeman, Prof. Dr. E., Gand.
207. Nägeli-Ackerblom, Dr., Genf.
208. Pugnat, Dr., Genf.
209. Strazza, Dr., Genua.
210. Llobet, Dr. Jose de, Gerona.
211. Kelly, Dr. A. Brown, Glasgow.
212. Oloriz, Prof. Dr. Frederico, Granada.
213. Buscaroli, Dr. Pietro, Imola.
214. Dean, Dr., Jowa City.
215. Taptas, Dr., Konstantinopel.
216. Möller, Dr., Jörgen, Kopenhagen.
217. Schmiegelow, Prof. Dr., Kopenhagen.
218. Mermod, Prof., Lausanne.
219. Trevelyan, Prof. Dr. E. F., Leeds.
220. Kon, Prof. Dr. P. Th. T., Leiden.
221. Schiffers, Prof. Dr. T., Liège.
222. Gaudier, Prof. Dr., Lille.
223. Hunt Middlemas, Dr., Liverpool.
224. Chichele Nourse, Dr. W. J., London.
225. Davis, Dr. Henry J., London.
226. Jenkins, Dr. Percy, London.
227. Jobson Horne, Dr., London.
228. Lake, Dr. R., London.
229. Mayo Collier, Dr., London.
230. Pritchard, Prof. Dr. U., London.
231. Semon, Prof. Dr. Sir Felix, London.
232. Spicer, Dr. Fred., London.
233. Scanes Spicer, Dr., London.
234. Tilley, Dr. H., London.
235. Thomson, Dr. St. C., London.
236. Waggett, Dr. Ernest Blechyndon, London.
237. Collet, Prof. Dr. M., Lyon.
238. Garel, Dr. J., Lyon.
239. Sargnon, Dr., Lyon.
240. Nager, Dr. G., Luzern.
241. Barajos, Dr. Luciano, Madrid.
242. Botella, Dr., Madrid.
243. Cisneros-Sevillano, Prof. Dr. Juan, Madrid.
244. Compaired, Dr. C., Madrid.
245. Forns, Prof. Dr., Madrid.
246. Tapia, Dr. G., Madrid.
247. Urunuela, Prof. Dr. Eustasio, Madrid.
248. Clerc, Dr., Mailand.
249. Labus, Prof. Dr. Carlo, Mailand.
250. Melzi, Dr. U., Mailand.
251. Pardi, Dr., Mailand.
252. Della Vedova, Prof. Dr. T., Mailand.
253. Milligan, Dr. William, Manchester.
254. Moritz, Dr. S., Manchester.
255. Westmacott, Dr. Ma., Manchester.
256. Schädle, Prof. Dr., Minneapolis.
257. Mouret, Prof. Dr., Montpellier.
258. Birkett, Dr. H. S., Montreal.
259. Wagner, Dr. Richard, Montreux.
260. Maljutin, Doc. Dr. Eugen, Moskau.
261. Baudhuin, Dr., Namur.
262. Jacques, Prof. Dr. P., Nancy.
263. Texier, Dr., Nantes.
264. Massei, Prof. Dr. F., Neapel.
265. Trivas, Dr., Nevers.
266. Coggeshall, Dr. Henry, New-York.
267. Dennis, Prof. Dr. Frederick, New-York.
268. Gleitsmann, Dr. J. W., New-York.
269. Lefferts. Dr. G. M., New-York.
270. Mayer, Dr. Emil, New-York.
271. Miller, F. E., New-York.
272. Newcomb, J. E., New-York.
273. Pooly, Dr. Thos. R., New-York.
274. Stucky, Dr., New-York.
275. Mignon, Dr., Nizza.
276. Faraci, Prof. Dr. Giuseppe, Palermo.
277. Cartaz, Dr., Paris.
278. Castex, Dr. André, Paris.
279. Cauzard, Dr., Paris.
280. Chauveau, C., Paris.
281. Furet, Dr., Paris.
282. Grossard, Dr. A., Paris.
283. Guisez, Dr., Paris.
284. Koenig, Dr., Paris.
285. Lubet, Dr. Barbon, Faris.
286. Luc, Dr., Paris.
287. Lermoyez, Dr. Marcel, Paris.
288. Mahu, Dr., Paris.
289. Nikitin, Prof. Dr., Petersburg.
290. Butler, Dr. Margaret, Philadelphia.
291. Braden Kyle, Dr., Philadelphia.
292. Solis-Cohen, Dr. J., Philadelphia.
293. Flaivre, Prof. Dr., Poitiers.
294. Bichaton, Dr., Reims.
295. Ferreri, Prof. Dr. Gherardo, Rom.
296. van Anrooy, Dr. H. Rotterdam.
297. Loeb, Prof. Dr. Hanau W., St. Louis.
298. Mann, Dr. E. L., St. Paul.
299. Lagerlöf, Dr. C. B., Stockholm.
300. Stangenberg, Dr. Emil, Stockholm.
301. Kanasugi, Hakase, Tokio.
302. Gitt Wishard, Toronto.
303. Aliño, Dr. Giner, Valencia.
304. Vargas, Dr., Valladolid.
305. Heryng, Dr. T., Warschau.
206. Sedziak, Dr., Warschau.
307. Sokolowski, Dr., Warschau.
308. Slotemaker, Dr. A. W., Zwolle.

Geschäftsordnung.

Art. 1. Der Internationale Laryngo-Rhinologen-Congress in Wien findet vom 21. bis 25. April 1908 statt und wird aus Anlass des 50jährigen Jubiläums der laryngologisch-rhinologischen Wissenschaft mit einer Türck-Czermak-Feier verbunden sein.

Art. 2. Am Congress sollen ausschliesslich wissenschaftliche Vorträge und Demonstrationen abgehalten werden. Gleichzeitig wird eine Ausstellung von Instrumenten, Präparaten etc. stattfinden.

Art. 3. Die Vorträge sind bis spätestens 31. December 1907 beim Secretär des Congresses anzumelden.

Art. 4. Die Vorträge werden in der Reihenfolge der Anmeldung auf das Programm gesetzt. Die nach dem 31. December 1907 angemeldeten Vorträge können erst nach Absolvirung des bereits festgestellten Programms an die Reihe kommen.

Art. 5. Die Vorträge können in deutscher, englischer und französischer Sprache abgehalten werden.

Art. 6. Für jeden Vortrag sind höchstens 20 Minuten eingeräumt. Bei der Diskussion können die Redner nur 5 Minuten für sich in Anspruch nehmen und zu einem und demselben Vortrag nicht öfter als einmal das Wort ergreifen.

Art. 7. Von jedem Referat wie auch von jedem Vortrag ist bis längstens 31. December 1907 ein kurzes Résumé in einer der vorgenannten drei Sprachen an den Secretär des Congresses einzusenden.

Art. 8. Die Mitgliedstaxe beträgt 25 Kronen = 20 Mark und ist beim Tresorier des Congresses, Herrn Dr. Gottfried Scheff, Wien, I., Hoher Markt Nr. 4, oder bei den Delegirten der einzelnen laryngo-rhinologischen Gesellschaften zu entrichten. Erst auf Grund dieser Bezahlung kann die Mitgliedskarte bezogen werden.

Art. 9. Zur Erinnerung an die Türck-Czermak-Feier wird an die Mitglieder des Congresses eine mit dem Bildnis der beiden Forscher geschmückte Medaille vertheilt werden. Es ist dafür Sorge getragen, dass auch für Nichtmitglieder diese Medaille zum Preise von 20 Kronen erhältlich ist.

Art. 10. Jedes Mitglied hat das Recht auf die gedruckten Sitzungsberichte. Jeder Autor erhält von seinem Referate, respective Vortrage 50 Separatabdrücke.

Art. 11. Wegen der grossen Anzahl der angemeldeten Vorträge wird jeder einzelne der Vortragenden dringend ersucht, sich so kurz als möglich zu fassen und ferner gebeten, unmittelbar nach dem Vortrage ein druckfertiges Manuscript dem jeweiligen Schriftführer zur Verfügung zu stellen. Jeder Herr, der sich an einer Discussion betheiligt, wird ersucht, seine Bemerkungen auf ein zu diesem Zwecke aufgelegtes Formular unmittelbar nach der Discussion niederzuschreiben und sofort dem Schriftführer zu übergeben, weil sonst die von ihm vorgebrachten Ausführungen in den Verhandlungsberichten nicht erscheinen könnten.

Art. 12. Jene Herren, welche Vorträge angemeldet, aber nicht gehalten haben, müssen die druckfertigen Manuscripte spätestens am 25. April, mittags 12 Uhr, dem Generalsecretär überreichen, wenn sie darauf Gewicht legen, dass dieselben in den „Verhandlungen“ erscheinen.



Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, Mai. 1908. No. 5.

I. Der erste internationale Laryngo-Rhinologen-Congress.

Türck-Czermak-Gedenkfeier.

Wien, 21. bis 25. April 1908.

Wien, am 25. April 1908.

Am heutigen Tage geht ein Congress zu Ende, dessen Leistungen die auf ihn gesetzten Hoffnungen nicht nur erreicht, sondern weit übertroffen haben, und von welchem wohl kein einziger Theilnehmer anders als im höchsten Grade befriedigt heimkehren wird. Er hat vorzügliche wissenschaftliche Leistungen zu Tage gefördert; er hat die Laryngologen aller Länder, die seit so langer Zeit keine Gelegenheit zur Aussprache unter einander gehabt haben, einander genähert; er hat die brennende Frage weiterer Specialcongresse und die noch wichtigere der Vereinigung der Laryngo-Rhinologie mit der Otologie bei internationalen Zusammenkünften für die nächste Zeit gelöst; er hat die Wiener Gastfreundschaft und das Organisationstalent des vorbereitenden Comité's im höchsten Glanze erstrahlen lassen; kein einziger Misston hat ihn getrübt — wenn auch die helle Festesfreude durch den tragischen Tod unseres Seniors: Leopold von Schrötter selbstverständlich stark gedämpft worden ist. — Ich wüsste nicht, was man Besseres von solch einer Zusammenkunft rühmen könnte! —

Die folgenden kurzen, von Tag zu Tage gemachten Aufzeichnungen sollen nur ein Bild von dem Verlaufe des Congresses bringen. Weitere sich an ihn anknüpfende Erörterungen werden bei späteren Gelegenheiten gegeben werden.

Den Beginn des Congresses bildete am Abend des 20. April, dem Ostermontag, eine zwanglose Zusammenkunft in der Volkshalle des Rathhauses, die uns zu diesem Zwecke von den Wiener Stadtbehörden freundlichst zur Verfügung gestellt war. Kurz nach 7 Uhr entwickelte sich in der grossen Halle ein buntes Treiben: ein unversiegbarer Strom von Laryngologen und Laryngologinnen wogte durch die stattliche Halle, alte Freunde begrüssten sich, neue Bekanntschaften wurden geschlossen, und binnen kürzester Zeit war die richtige internationale „Atmosphäre“ hergestellt. Seit langer, langer Zeit waren nicht so viele Vertreter unserer Specialität unter einem Dache vereint gewesen, und unter den Anwesenden

sah man die Mehrzahl der bekanntesten Laryngologen Europa's. Amerika war leider viel weniger zahlreich vertreten, als man dies nach den eingetroffenen Anmeldungen hätte erwarten dürfen. Ein ganz besonderer Stempel wurde der Zusammenkunft durch die glänzenden Leistungen des „ärztlichen Orchesters", eines nur aus Aerzten bestehenden Liebhaberorchesters, aufgeprägt, das uns während des Abends durch Vorführung einer Anzahl speciell wienerischer Orchesterstücke erfreute. Dieselben, meist mit echt wienerischem Feuer fesch, flott und graziös vorgetragen, überragten bei weitem gewöhnliche amateurische Productionen und wurden mit lebhaftestem und allseitigem Beifall aufgenommen. — Auch erfolgte bei dieser Gelegenheit die Vertheilung der von Prof. Marschall ausgeführten künstlerischen Türck-Czermak-Bronzeplaquette, die allen Theilnehmern ein liebes Erinnerungszeichen bleiben wird.

Am Morgen des Dienstag, den 21., fand die Eröffnungssitzung des Congresses und der mit demselben verbundenen Ausstellung in den Festräumen der Universität statt. Der grosse Saal, in dem der feierliche Act vor sich ging, war bis auf den letzten Platz gefüllt. Zunächst begrüsste der Statthalter in Niederösterreich, Graf Kielmansegg, in Vertretung des durch Abwesenheit von Wien am Erscheinen verhinderten Protectors des Congresses, Erzherzog Franz Ferdinand, die Erschienen, dann sprach der Minister, Freiherr von Bienerth, in sehr sympathischer und verständnissvoller Weise über die Bestrebungen der Specialfächer der Medicin, namentlich der Laryngologie, ihm folgte die Begrüssungsrede des Vicebürgermeisters von Wien (der Bürgermeister, Dr. Lueger, wurde durch Krankheit am Erscheinen verhindert), und dann hielt der Präsident des Congresses, Hofrath Professor Chiari, in deutscher, französischer und englischer Sprache eine herzliche Begrüssungsrede, die in dem beifälligst aufgenommenen Vorschlag endete, S. M. dem Kaiser Franz Josef, dessen 60jähriges Regierungsjubiläum der Redner in warmen Worten streifte, sowie dem Protector des Congresses, Erzherzog Franz Ferdinand, Huldigungstelegramme zu senden. — Es folgten sodann Ansprachen seitens der Vertreter fremder Regierungen. Besonders herzlich wurde der Vertreter Japans, das zum ersten Male officiell repräsentirt war, Professor Kanasugi, empfangen. Für Amerika, dessen angemeldete Vertreter nicht erschienen waren, ergriff eine beherzte Laryngologin, Mrs. Dr. Butler aus Philadelphia, das Wort, und erledigte sich ihrer Aufgabe in durchaus sachentsprechender Weise. —

Nunmehr erstattete der Generalsecretär, Prof. Grossmann, seinen Bericht, dem wir folgende statistisch interessante Mittheilungen entnehmen:

Es haben 137 inländische, 288 ausländische Collegen ihre Theilnahme angemeldet. Von 14 Regierungen sind 14, von 4 Academien 4, von 18 laryngologischen Gesellschaften 27, von 46 Universitäten 46 Delegirte entsendet worden.

Zum Congress haben sich eingefunden:

aus Algier	1
„ Argentinien	2
„ Belgien	14
„ Brasilien	1
„ Bulgarien	2

aus Dänemark	3
„ Deutschland	99
„ Frankreich	34
„ Griechenland	1
„ Grossbritannien und Irland	33
„ Holland	13
„ Island	1
„ Italien	16
„ Japan	2
„ Kanada	1
„ Norwegen	3
„ Oesterreich-Ungarn	159
„ Portugal	1
„ Rumänien	6
„ Russland	17
„ Schweden	4
„ der Schweiz	8
„ Serbien	2
„ Spanien	18
„ den Vereinigten Staaten von Nordamerika	28 Mitglieder.

Es entfallen sonach auf:

Afrika	1
Amerika	31
Asien	2
Australien	0
Europa	433 Congressmitglieder.

Es sind also im Ganzen 467 Theilnehmer des Congresses zu verzeichnen*).

Endlich hielt der Wiener Senior unseres Faches, Hofrath Leopold von Schrötter, von herzlichem Beifall begrüsst, die Festrede auf Türck und Czermak, und entwarf in grossen Zügen ein Bild der von diesen Männern angebahnten Entwickelung der Laryngologie.

Den Schluss des Festacts bildete die Eröffnung der Ausstellung, welche ebenfalls in der Universität ein Heim gefunden hatte. Es war keine kleine Aufgabe, so kurze Zeit nach der bei Gelegenheit des Fränkel-Jubiläums stattgehabten grossartigen laryngologischen Ausstellung wiederum Interessantes zu bringen; es ist dies aber unseren Wiener Collegen glänzend gelungen. Namentlich der historische Theil: die ursprünglichen von Türck, Czermak, Schrötter und Störk gebrauchten Instrumente, die Originale der wunderbaren Illustrationen des Türck'schen Atlas, die von den Meisterhänden Heitzmann's und Elfinger's stammen, und die bis zu diesem Augenblicke niemals übertroffen, wenn überhaupt

*) Hierzu ist indessen zu bemerken, dass obige Liste den Anmeldungen, nicht der thatsächlichen Theilnahme entspricht. So sind sicherlich nicht 28, sondern höchstens 3—4 amerikanische Specialcollegen anwesend, und auch bei anderen Ländern, z. B. bei Frankreich, dürften bedeutende Reductionen gemacht werden müssen. F. S.

je erreicht worden sind; ferner die hochinteressante Sammlung pathologischer Präparate der Universitätsklinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten, die Trockenpräparate Hajek's, die Onodi'schen Tafeln, die aus der Riehl'schen dermatologischen und syphilodologischen Klinik stammenden Bilder und Moulagen, und die Museumspräparate des K. K. Anatomischen Instituts, welche die Grundlage zu dem klassischen Werke Zuckerkandl's bilden und grösstentheils von ihm selbst präparirt sind, begegneten allgemeinem Interesse*).

Am Nachmittag des Eröffnungstages fanden interessante Demonstrationen in den Kliniken und Polikliniken von Chiari, Riehl (Schleimhautenantheme), Koschier und Hajek statt, und Abends veranstalteten v. Schrötter und Chiari private Bankette für eine grössere Anzahl von Congresstheilnehmern, während andere sich am Besuch verschiedener Theater, für welche in liberalster Weise Freikarten zur Verfügung gestellt waren, erfreuten.

Am 22. Nachmittags.

Soweit war ich mit meinem Bericht gekommen, als mir heute früh die erschütternde Kunde zuging, dass Leopold von Schrötter, der, wie im letzten Satze mitgetheilt, noch gestern Abend eine grössere Anzahl der Congresstheilnehmer in seinem gastfreien Hause empfangen und sich von denselben in fröhlichster Stimmung und anscheinend bester Gesundheit kurz vor Mitternacht verabschiedet hatte, kaum eine Stunde später einer Herzlähmung erlegen sei! ———

Brauche ich zu sagen, dass wir alle unter dem Eindruck dieses tragischen Ereignisses stehen, das einen tiefen Schatten auf den Congress geworfen hat, dessen Aussichten noch gestern Abend so lichte und freudige zu sein schienen! — Als wir uns zur festgesetzten Stunde zum Beginn unserer Arbeiten versammelten, machte Chiari von dem Heimgang unseres Ehrenpräsidenten in ebenso tief empfundener wie formvollendeter Rede, die von der Versammlung stehend angehört wurde, Mittheilung. Dann vertagte sich der Congress auf $1^1/_2$ Stunden, während dem Vorschlag des Präsidenten gemäss, eine kleine Deputation, bestehend aus ihm selbst, dem Generalsecretär, B. Fränkel, Lermoyez, Massei und dem Unterzeichneten, sich nach dem Trauerhause begab, um der so schwer betroffenen Familie das innige Beileid des Congresses auszudrücken.

Wir wurden von dem tiefgebeugten Sohne, unserem Collegen Hermann von Schrötter, empfangen, der uns für unsere Theilnahme dankte und im Sinne des Verstorbenen dringend darum bat, dass, so erschütternd das Ereigniss auch sei, die Thätigkeit des Congresses in keiner Weise durch dasselbe gestört werden möge.

Mit dieser Botschaft kehrten wir zum Congress zurück, und im Sinne des Heimgegangenen begannen wir sofort unsere Arbeit**).

---

*) Weitere Mittheilungen über die Ausstellung, sowie einen detaillirten Bericht über die wissenschaftlichen Discussionen des Congresses hat uns College Hanszel freundlichst zugesagt.

**) Von Leopold von Schrötter's Werden und Wirken soll in der nächsten Nummer des Centralblatts ein ausführlicheres Bild gegeben werden.

Zu Ehrenpräsidenten wurden die Folgenden erwählt:

Allemagne	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. B. Fränkel, Berlin.
Argentine	Dr. Escutary, Buenos-Aires.
Belgique	Prof. Schiffers, Liège.
Danemarc	Prof. Dr. Schmiegelow, Kopenhagen.
Espagne	Prof. Dr. Oloriz, Granada.
Etats-Unis de Nord-Amérique	Frau Prof. Margaret Butler, Philadelphia.
France	Dr. Marcel Lermoyez, Paris.
Grande Bretagne	Prof. Dr. Sir Felix Semon, London.
Grèce	Doc. Dr. Dimitri Dimitriades, Athen.
Hongrie	Hofrath Prof. Dr. E. v. Navratil, Budapest.
Italie	Prof. Dr. Massei, Neapel.
Japon	Hakase Dr. Kanasugi, Tokio.
Norvègue	Prof. Dr. Uchermann, Christiania.
Pays-Bas	Dr. Burger, Amsterdam.
Roumanie	Doc. Dr. Costiniu, Bukarest.
Russie	Dr. Heryng, Warschau.
Serbie	Dr. D. Schraga, Belgrad.
Suède	Dr. Gunnar Holmgren, Stockholm.
Suisse	Prof. Dr. Mermod, Lausanne.

Es ist dies wohl das erste Mal, dass eine Dame zur Ehrenpräsidentin eines laryngologischen Congresses gewählt worden ist, und auch thatsächlich in einer Sitzung präsidirt hat. Mrs. Butler entledigte sich ihres Amtes in so ruhiger sachgemässer Weise, dass der Vorgang als etwas ganz Selbstverständliches erschien.

Auf der Tagesordnung der ersten Sitzung standen B. Fränkel's und Lermoyez's Referate: „Die Laryngologie und Rhinologie vom allgemein-medicinischen Standpunkt, Unterricht und Prüfung in diesen Fächern in den verschiedenen Staaten." Die Aufgabe, in durchaus verschiedener, aber gleichmässig fesselnder Weise von den Berichterstattern aufgefasst, schien viel Interesse zu erwecken, führte aber zu geringer Discussion. Nur der Unterzeichnete warnte vor dem falschen Ehrgeiz, die Grenzen unserer Specialität zu weit zu stecken, und der Vorsitzende (Professor Schiffers) schlug vor, eine Resolution zu fassen, derzufolge die verschiedenen Regierungen um obligatorischen Unterricht in der Rhino-Laryngologie, oder vielmehr, wie er es wollte: der Oto-Rhino-Laryngologie ersucht werden sollten. Dieser Vorschlag fand aber nicht die Zustimmung der Versammlung, zumal nachdem B. Fränkel sehr richtig auf die Verschiedenheit der Sachlage in den einzelnen Ländern hingewiesen hatte. —

Der allgemeinen Discussion folgte eine mit grossem Interesse aufgenommene Demonstration Gluck's bezüglich seiner neueren Fortschritte und Ergebnisse in der Radicaloperation bösartiger Leiden des Halses und Oesophagus. Der Unterzeichnete richtete die Bitte an den Vortragenden, der Welt baldmöglichst eine Totalstatistik seiner Endresultate zu geben. — Die Discussion wurde am Nachmittag fortgesetzt und dann von Kuhnt und Onodi eine Discussion über den Zusammenhang von Nasen- und Augenleiden eingeleitet.

Am Abend gab die Stadt Wien dem Congress ein opulentes Bankett in dem herrlichen Festsaal des Rathhauses. Obwohl sich durch das Fest wie ein schwarzer Schatten die traurige Erinnerung an den jähen Tod unseres Ehrenpräsidenten zog, und obwohl die Riesengrösse und die nichts weniger als vollkommene Akustik des Saales die Tischreden für die grosse Mehrzahl der Gäste absolut unvernehmbar machten, trug die Zusammenkunft doch wieder viel zur Befestigung freundschaftlicher Beziehungen unter den Theilnehmern bei, und den Wiener Stadtbehörden gebührt der herzlichste Dank des rhinolaryngologischen Congresses.

Am Donnerstag, den 23., fand zunächst eine allgemeine, von Semon eingeleitete Discussion über „Die Allgemeinbehandlung localer Leiden der oberen Luftwege" statt, der dann einzelne Vorträge folgten. Aus diesen heben wir speciell Moure's Beitrag: „Trachéotomie—Thyréotomie" hervor, der zu einer sehr lebhaften Debatte führte. Dieselbe zeugte von bedeutenden Meinungsverschiedenheiten zwischen den Theilnehmern. Der Nachmittag war den Röntgenstrahlen und dem Radium gewidmet. Nach den einleitenden Vorträgen Burger's und Gradenigo's erfolgten äusserst interessante Demonstrationen der Nase und ihrer Nebenhöhlen seitens Killian's, v. Eicken's, Scheier's und Kuttner's. Die Discussion wurde der vorgerückten Stunde wegen auf den nächsten Morgen verschoben. Schon jetzt ist es klar, dass das reichhaltige Programm nicht ganz wird erledigt werden können.

Der Abend versammelte die Congressisten und ihre Damen zum Bankett in den Räumen des Hotel Continental. Die Zusammenkunft trug einen durchaus intimen, herzlichen Charakter und wurde — wie alle diese Gelegenheiten — durch zahllose Trinksprüche gewürzt.

Der Morgen des Freitag brachte ein ganz vorzügliches Referat von Jurasz über die Frage der internationalen Laryngologencongresse, welches wir in einer späteren Nummer des Centralblatts in toto zum Abdruck bringen werden. Er sprach entschieden gegen die Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie bei diesen Gelegenheiten und schlug vor, internationale Specialcongresse neben und zur Zeit der allgemeinen internationalen Congresse zu halten.

An den Vortrag von Jurasz knüpfte sich eine lebhafte Debatte. Chiari stellte dem Auditorium die Fragen, erstens ob der internationale Laryngo-Rhinologen-Congress in bestimmten Zeitintervallen stattfinden soll, zweitens ob heute bestimmt werden soll, wann und wo der zweite Congress zusammentreten werde.

Semon schlug vor, zu diesem Zwecke ein internationales Comité einzusetzen, und diesem die Entscheidung der Frage, wann und wo der zweite Congress stattfinden soll, zu überlassen. Er empfahl, folgende Herren in das Comité zu berufen: für Oesterreich Chiari, für Deutschland Fränkel, für Frankreich Moure, für Italien Massei, für Russland Hellat, für die Vereinigten Staaten von Nordamerika Lefferts, für Grossbritannien Semon. Dieser Antrag wurde mit lebhaftem Beifall zum Beschluss erhoben und Semon die Einberufung des Comités überlassen.

Der allgemeinen Discussion folgte eine Anzahl von interessanten Demonstrationen (Massei, Vohsen, Harmer u. A.), an die sich theilweise lebhafte Discussionen anschlossen. Immer klarer wurde es, dass es nicht möglich sein würde,

das reichhaltige Programm aufzuarbeiten. Einstimmig wurde der Vorschlag angenommen, die ursprünglich für Vorträge bewilligte Zeit auf die Hälfte herabzusetzen. Streng wurde darüber gewacht, dass in der Discussion die Redner die ihnen bewilligte Zeit nicht überschritten. Hätte es noch eines Beweises bedurft, wie unzweckmässig es wäre, bei diesen Gelegenheiten die Otologie der Rhino-Laryngologie anzugliedern: dieser Congress hätte ihn wahrlich erbracht! —

Der Nachmittag brachte das Leichenbegängniss Leopold von Schrötter's, an dem der Congress sich in corpore betheiligte, und welches ein lebhaftes Bild von der allseitigen Liebe und Verehrung gab, deren sich der Heimgegangene erfreute. Die Trauerreden, die Blumenspenden, die dichtgedrängten Menschenmengen, durch die der lange Zug seinen langsamen Weg sich bahnte, sie alle zeigten, welch seltenen, hochverdienten Mann wir verloren haben. An der Alserstrasse bogen die Congressmitglieder ab, um sich zur Fortsetzung ihrer Verhandlungen in das Haus der K. K. Gesellschaft der Aerzte zurückzubegeben, in dem der Congress tagt. Nur eine kleine Deputation folgte der Leiche zur protestantischen Kirche, wo sie eingesegnet wurde, ehe sie zur Einäscherung nach Gotha überführt wurde. Da der Unterzeichnete zu dieser Deputation gehörte, kann er über den Verlauf der Nachmittagsitzung nicht aus eigener Anschauung berichten.

Vita brevis! — Nach den Todten wollen die Lebenden ihre Rechte. — Nach Schluss der Sitzung folgten die Congressmitglieder und ihre Damen einer Einladung zu einer ungemein interessanten Reitproduction in der K. K. Reitschule, bei welcher ihnen die hohe Schule oder spanische Reitkunst in vollendetster Weise vorgeführt wurde. — Abends fand ein überaus zahlreich besuchter Empfang bei dem Statthalter von Niederösterreich, Grafen Erich Kielmannsegg statt, bei welchem die Gräfin in liebenswürdigster Weise die Honneurs machte, und den Congressmitgliedern die Gelegenheit gegeben wurde, mit Mitgliedern der Wiener Gesellschaft bekannt zu werden.

Heute finden die Schlusssitzungen des Congresses statt, und die Mehrzahl der Theilnehmer dürfte das gastliche Wien noch am heutigen Tage verlassen. Gern hätte ich ausführlicher berichtet, wäre auf interessante Fragen des Näheren eingegangen, hätte der aufopfernden Thätigkeit des Organisationscomités und des Damencomités, der Liebenswürdigkeit unserer Wiener Collegen und ihrer Damen, der privaten Gastlichkeit und vieler anderer Punkte gedacht, aber die Zeit erlaubt es nicht, wenn dieser kurze Bericht noch in die Mainummer des Centralblattes kommen soll. So bescheide ich mich denn zu constatiren, dass der Congress ein ganzer, voller Erfolg war in jedem Sinne des Wortes; dass derselbe sicherlich nach allen Richtungen hin wichtige Folgen haben wird; dass wir alle dem Organisationscomité, an seiner Spitze dem Präsidenten Hofrat Chiari und seiner liebenswürdigen Gattin, dem Damencomité, allen Wiener Collegen, den Regierungs- und Municipalbehörden innig dankbar sind, und dass wir stets mit Erinnerungen angenehmster Art an den ersten internationalen Laryngo-Rhinologencongress und an die mit ihm verbundene Türk-Czermak-Feier zurückdenken werden.

Felix Semon.



Wenn es zum Schluss doch noch möglich war, das Programm annähernd zu erledigen, so verdankt man das nur dem Umstand, dass ein Theil der vorgemerkten Redner, insbesondere die Wiener Herren, ihre Vorträge ganz und gar zurückgezogen oder deren Inhalt in einer kurzen Bemerkung zusammengefasst haben. In der letzten Sitzung wurde der Empfindung, dass eine weitere Entlastung der späteren Congresse dringend wünschenswerth sei, noch dadurch Ausdruck gegeben, dass man einstimmig beschloss, in Zukunft die officiellen Referate der Zeitersparniss halber vor der Verhandlung den Mitgliedern gedruckt zuzustellen, um die zeitraubende Vorlesung zu vermeiden.

II. Die Entwickelung der Laryngologie und Rhinologie bei den einzelnen Nationalitäten.

Ein Jubiläums-Beitrag zur Geschichte der Laryngo-Rhinologie in den Jahren 1858—1908

von Dr. J. Sendziak (Warschau).

Den Theilnehmern des Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses in Wien gewidmet.

(Fortsetzung.)

III. Deutschland.

Aehnlich wie in anderen Staaten Europas erwarb sich auch in Deutschland die Rhinolaryngologie nicht sofort die staatliche Anerkennung. So wurde in Berlin erst im Jahre 1887 die Universitäts-Poliklinik und sieben Jahre später (1903) die Klinik für Hals- und Nasenkranke an der Königlichen Charité, beide unter Leitung des verdienstvollen Bernhard Fränkel ins Leben gerufen. Gegenwärtig giebt es an fast allen grösseren Universitäten Deutschlands Lehrstühle für Laryngologie, sowie staatliche Kliniken und Polikliniken, die meist selbständige Institute neben den Instituten für Ohrenheilkunde oder in Gemeinschaft mit denselben bilden und von hervorragenden Vertretern des Faches geleitet werden. In Berlin leben und wirken ausser B. Fränkel, dem obenerwähnten Nestor der deutschen Laryngologen, Rosenberg, Verf. weitverbreiteter Lehrbücher, Kuttner, den vor allem seine Arbeit über Larynxödem und Laryngitis submucosa bekannt gemacht hat, Heymann, der Herausgeber des ausgezeichneten „Handbuches der Laryngologie und Rhinologie", Kraus (früher in Graz), dem wir das vortreffliche Buch über die Krankheiten der Mundhöhle und der Speiseröhre verdanken sowie Edm. Meyer und Landgraf, ferner Flatau, dessen Arbeiten besonders das Gebiet der Stimmstörungen betreffen und der eine Zeitschrift „Die Stimme" herausgiebt, Grabower, Katzenstein und Klemperer, bekannt durch ihre schönen Arbeiten über die Innervation des Kehlkopfs, Lublinski, Kirstein, dessen „Autoscopie" den Ausgangspunkt bildete für die heute so weit vorgeschrittenen direkten Untersuchungsmethoden der oberen Luftwege, Sturmann, Verfasser einer preisgekrönten Monographie über die Pachydermia laryngis, Finder, der Viceredacteur

dieses Centralblatts, Hartmann und Jansen, die, obwohl beide vor allem als Otologen bekannt, doch auch die Rhinologie durch Arbeiten über die operative Nebenhöhlenbehandlung gefördert haben. In Berlin hatte auch bis vor Kurzem H. Krause, der zuerst im Jahre 1884 das phonatorische Centrum in der Hirnrinde fand, seinen Wohnsitz. In München ist an die Stelle des viel zu früh gestorbenen Schech als sein Nachfolger Neumayer getreten, in Heidelberg wirkt Jurasz — ein Pole von Herkunft —, der eine ausgezeichnete klinische Darstellung der Krankheiten der oberen Luftwege verfasst hat, in Breslau nach Gottstein's Tode Kümmel, in Gemeinschaft mit Mikulicz Verfasser des grundlegenden Buches über die Krankheiten der Mundhöhle, in Leipzig Barth, in Freiburg Killian, zur Zeit einer der bekanntesten und verdienstvollsten Vertreter unserer Disciplin in Deutschland, an dessen Namen sich vor allem die wichtige Methode der Tracheo- und Bronchoskopie knüpft. Weiter nennen wir Seifert in Würzburg, der zusammen mit Kahn den schönen Atlas über die Histopathologie der Hals- und Nasenkrankheiten herausgegeben hat, Gerber in Königsberg, der unsere Wissenschaft durch eine Reihe trefflicher Arbeiten bereichert hat, Friedrich in Kiel, der sich durch eine ausgezeichnete Monographie: „Laryngologie, Rhinologie und Otologie in ihrer Bedeutung für die allgemeine Medicin" (1889) verdient gemacht hat, Kuhnt in Bonn, dessen Arbeit: „Ueber die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhle und ihre Folgezustände" (1895) rühmend erwähnt sei, Körner in Rostock, Strübing in Greifswald, Wittmaack in Jena, Hopmann in Köln, Weimer in Düsseldorf, Spiess in Frankfurt a. M., lauter Namen, die auf dem Gebiet unserer Sonderdisciplin einen guten und bekannten Klang haben. Nicht vergessen sei auch Gutzmann in Berlin, dem kürzlich der erste, erst in diesem Jahre gegründete Lehrstuhl für Sprachstörungen übertragen worden ist.

Gross ist die Zahl tüchtiger und anerkannter Specialisten in Deutschland, die — ohne als Professoren zu lehren oder doch den Titel eines Professors zu führen — in ihrer Heimath einen grossen praktischen und wissenschaftlichen Wirkungskreis haben. Unter ihnen seien hier namhaft gemacht: Bresgen, der ein sehr verbreitetes Lehrbuch der Nasenkrankheiten geschrieben hat, Avellis, Vohsen, der mit Vorzug die Durchleuchtung als ein werthvolles Hilfsmittel in die Diagnostik der Nebenhöhlenerkrankungen einführte, Zarniko und Thost, beide in Hamburg, ersterer Verfasser eines Lehrbuchs der Nasenkrankheiten, Krieg in Stuttgart, dem wir eine ausgezeichnete atlantische Darstellung der Kehlkopfkrankheiten verdanken, Kayser und Brieger in Breslau, Grünwald in München, dessen treffliche Monographie über Naseneiterungen hochgeschätzt ist, Dreyfuss in Strassburg, Tornwaldt und Ziem in Danzig, von denen jener die Krankheiten des Nasenrachenraumes, dieser die Nebenhöhlenaffectionen zu ihrem speciellen Arbeitsgebiet gemacht haben. Zum Schluss seien genannt Kafemann und Bukofzer (Königsberg), Winkler (Bremen), Kronenberg (Solingen), Hinsberg (Dortmund), Lieven (Aachen), Blumenfeld (Wiesbaden), dieser Redacteur des neuesten, 1908 begründeten deutschen Fachjournals, und viele andere, die zu nennen der Mangel an Raum verbietet. Nicht fehlen darf jedoch hier der Name des bekannten Berliner Chirurgen Gluck, der seine Thätigkeit

hauptsächlich in den Dienst der Laryngologie gestellt hat, indem er die Methode der Kehlkopfexstirpation ausgebaut und zur höchsten Vollendung gebracht hat.

Lassen wir die nicht mehr unter den Lebenden weilenden Deutschen Laryngologen, die in dem Zeitraum von 1858—1908 an der Förderung unserer Wissenschaft hervorragenden Antheil genommen, vor unseren Augen Revue passiren, so sind ausser Moritz Schmidt, Schech, Gottstein und Gerhardt, deren Verdienste bereits hervorgehoben wurden, noch folgende Namen zu nennen: Victor von Bruns (Tübingen), der als der erste im Jahre 1862 einen Kehlkopfpolypen auf endolaryngealem Wege entfernte und die erste Monographie über „die Laryngoskopie und laryngoskopische Chirurgie (1865; II. Aufl. 1873) verfasst hat, ferner Tobold, Lewin, Krakauer, Böcker (Berlin), Burow (Königsberg), Rosenbach (Breslau), der den Satz aussprach, dass bei Compression des Recurrensstammes zuerst die Function der Erweiterung leidet, Hack (Freiburg), der sich durch die Theorie von den nasalen Reflexneurosen bekannt gemacht hat, Sommerbrodt (Breslau), Rühle (Bonn), Michelson (Königsberg), der zusammen mit Mikulicz den vortrefflichen Atlas der Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle herausgegeben hat, Michael (Hamburg), Verfasser einer werthvollen Arbeit über die Krankheiten der Zungentonsille, Schaeffer (Bremen), der eine Studie über die Krankheiten des Siebbeins und der Keilbeinhöhle zu dem Heymannschen Handbuch beigesteuert hat, von Ziemssen und Traube, die unter den ersten den Stimmbandlähmungen Aufmerksamkeit schenkten, Kiesselbach in Erlangen, an den der Locus Kiesselbachii erinnert, Oertel (München), Beschorner (Dresden) und Riegel (Giessen), dessen klassische Monographie über respiratorische Paralysen unvergessen bleiben wird, Aug. Killian (Worms). Eine Erwähnung verdienen an dieser Stelle auch die Namen von Bergmann und Eugen Hahn (Berlin), sowie von Mikulicz wegen der grossen Verdienste ihrer Träger auf dem Gebiete der Kehlkopfchirurgie.

Auch in Bezug auf die Anzahl und den wissenschaftlichen Werth der Lehrbücher, die unser Fach behandeln, nimmt Deutschland die erste Stelle ein. Sehen wir von dem bereits in der vorlaryngoskopischen Zeit veröffentlichten Buch von Albert (Bonn) „Pathologie und Therapie der Kehlkopfkrankheiten“ Leipzig 1829 ab, so seien folgende in der chronologischen Reihenfolge ihres Erscheinens genannt:

1. Friedreich, Die Krankheiten der Nase, des Kehlkopfes und der Trachea in Virch. Handb. der spec. Path. u. Ther. Bd. V. Erlangen 1858.
2. Rühle, Die Kehlkopfkrankheiten. Berlin 1861.
3. Duchek, Die Krankheiten der Nasenhöhlen. Handb. der spec. Path. u. Ther. 1864.
4. Tobold, Laryngoskopie und Kehlkopfkrankheiten. Berlin 1874.
5. Michel, Die Krankheiten der Nasenhöhlen und des Nasenrachenraumes. Berlin 1876.
6. B. Fraenkel-Ziemssen, Die Krankheiten der Nase und des Kehlkopfes. In Ziemssen's Handb. d. spec. Path. u. Ther. 1876. II. Aufl. 1879.
7. Gerhardt, Rauchfuss und Koth, Die Krankheiten des Halses und der Nase. In Gerhardt's Handb. der Kinderkrankheiten. Tübingen 1878.

8. Gottstein, Krankheiten des Kehlkopfes. Wien 1884. IV. Aufl. 1893. Ins Englische übersetzt von Mac Bride in Edinburg 1885.
9. Bresgen, Krankheits- und Behandlungslehre der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle, sowie des Kehlkopfes und der Luftröhre. Wien 1884. III. Aufl.
10. Schech, Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. Wien 1885. VI. Aufl.
11. Moldenhauer, Die Krankheiten der Nasenhöhlen und des Nasenraumes etc.
12. Scheff, Die Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Rachens. Berlin 1886.
13. Voltolini, Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes. Breslau 1888.
14. Jurasz, Die Krankheiten der oberen Luftwege. Heidelberg 1901. 2.
15. Rosenthal, Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes. Berlin 1892. II. Aufl.
16. Derselbe, Die Erkrankungen des Kehlkopfes. Berlin 1893.
17. Rosenberg, Die Erkrankungen der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes. Berlin 1893. — II. Aufl. 1899. — Ins Englische übersetzt 1903.
18. Zarniko, Die Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes. Berlin 1894. — II. Aufl. 1894.
19. Moritz Schmidt, Die Krankheiten der oberen Luftwege. Berlin 1894. — III. Aufl. 1900.
20. Flatau, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. Leipzig 1895.
21. Heymann, Handbuch der Laryngologie und Rhinologie. (Sammelwerk.) Wien 1898.
22. Schech, Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. Wien 1897. — II. Aufl. 1903.
23. Mikulicz und Kümmel, Die Krankheiten der Mundhöhle (1898).
24. Kayser, Anleitung zur Diagnose und Therapie der Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten (1901).
25. Bukofzer, Die Krankheiten des Kehlkopfes. 1903.

Das Onodi-Rosenberg'sche 1907 erschienene Lehrbuch der Nasenkrankheiten, sowie das Buch von Kraus, Ueber die Krankheiten der Mundhöhle und Speiseröhre, sollen bei den Publicationen der österreich-ungarischen Autoren Berücksichtigung finden.

Eine grosse Anzahl der aufgeführten Lehrbücher sind bereits in mehreren Auflagen erschienen; so haben die Bücher von Fränkel, Rosenthal, Rosenberg, Zarniko und Schech 2, die von Bresgen und Schmidt 3, das Gottstein'sche 4 und das von Schech sogar 6 Auflagen erlebt. Die Lehrbücher von Gottstein und Rosenberg sind ins Englische und Russische übersetzt.

Die zum Teil sehr hervorragenden in Atlantenform erschienenen bildlichen Darstellungen aus dem Gebiet der Hals- und Nasenkrankheiten sind:

1. Burow, Berlin 1877.
2. Grünwald, Atlas der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Nasenrachenraumes. 1887. II. Aufl. 1894. München. Ins Russische übersetzt 1895. II. Aufl. 1902.
3. B. Fränkel, Gefrierdurchschnitte zur Anatomie der Nasenhöhlen. Berlin 1891.
4. Krieg, Atlas der Kehlkopfkrankheiten. Stuttgart 1892.
5. Mikulicz und Michelson, Atlas der Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle. Berlin 1892.
6. Seifert und Kahn, Atlas der Histopathologie der Nase, der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfs. 1895.
7. Grünwald, Atlas und Grundriss der Kehlkopfkrankheiten. München 1897. (Ins Russische übersetzt 1908.)
8. Krieg, Atlas der Nasenkrankheiten. Stuttgart 1905.
9. Gerber, Atlas der Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraums. Berlin 1902.

Einige von diesen Atlanten, so der von Grünwald, hatten ebenfalls zwei Auflagen.

Von den vielen und grundlegenden monographischen Darstellungen aus dem Gebiete der Rhinologie und Laryngologie, die in den letzten 50 Jahren in Deutschland erschienen sind, seien hier nur folgende erwähnt:

Gerhardt, Studien und Beobachtungen über Stimmbandlähmungen. Virch. Arch. Bd. 21. 1863, sowie: Kehlkopfgeschwülste und Bewegungsstörungen der Stimmbänder in Nothnagel's Handb. der spec. Path. u. Ther. Wien 1896.

Lewin, Ueber Neubildungen, namentlich Polypen des Kehlkopfes. Göschen's Deutsche Klinik. 1862.

Voltolini, Die Anwendung der Galvanokaustik im Innern des Kehlkopfs. Wien 1867. — II. Aufl. 1871.

Michel, Ueber die Behandlung der Hals- und Kehlkopfkrankheiten. Klinische Studien. Ins Französische übersetzt von Calmette. 1884.

Hack, Operative Radikalbehandlung bestimmter Formen von Migräne, Asthma, Heufieber etc. 1884. Wiesbaden.

Schaeffer, Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie und Laryngologie. Wiesbaden 1885.

Tornwaldt, Ueber die Bedeutung der Bursa pharyngea für die Erkennung und Behandlung gewisser Nasenrachenraumkrankheiten. Wiesbaden 1885.

Killian, Ueber die Bursa und Tonsilla pharyngea. Morph. Jahr. XIV. 4. 1888, sowie: Die Nebenhöhlen der Nase und ihre Lagebeziehungen zu den Nachbarorganen. 1903.

Bloch, Die Pathologie und Therapie der Mundathmung. Wiesbaden 1893.

Grünwald, Die Lehre von den Naseneiterungen mit besonderer Rücksicht auf die Erkrankungen des Sieb- und Keilbeins und deren chirurgische Behandlung. München 1892. — II. Aufl. 1895. — Sowie: Die Therapie der Kehlkopftuberkulose mit besonderer Rücksicht auf den galvanokaustischen Tiefenstich und äussere Eingriffe. 1907. München.

Sturmann, Klinische Geschichte der Pachydermia laryngis. Berlin 1894.
v. Bruns und Hofmeister, Die angeborenen Missbildungen, Verletzungen und Erkrankungen des Kehlkopfes und der Luftröhre. 1901. — II. Aufl. 1903.
Kafemann, Rhinopharyngologische Operationslehre mit Einschluss der Elektrolyse. 1903. — II. Aufl. ins Russische übersetzt.
Kuttner, Die nasalen Reflexneurosen und die normalen Nasenreflexe. Berlin 1904.
Gluck, Der gegenwärtige Stand der Chirurgie des Kehlkopfes, Pharynx, Oesophagus und der Trachea. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1904. 3—4.

Schliesslich eine ganze Reihe von werthvollen Monographien in Heymann's Sammelwerke von Ewald, Disse, Schieferdeckel und Hansemann über Anatomie, Histologie und Physiologie, von Heymann und Kronenberg über Geschichte der Laryngologie und Rhinologie, von Spiess und von Bloch über Untersuchungsmethoden, Symptomatologie und allgemeine Therapie; dann die in demselben Sammelwerke enthaltenen Beiträge über Kehlkopf-, Nasen- und Rachenkrankheiten aus der Feder von Gerber, Klemperer, Krieg, Heymann, Seifert, Kayser, Körner, Jurasz, Rosenberg, Landgraf, Strübing, Kümmel, Killian, Schaeffer, Kronenberg, Hoppe-Seyler, Mikulicz, Michael, Hopmann, Schech, Gerhardt.

Unter den in Deutschland erscheinenden Fachzeitschriften für Laryngologie, Rhinologie nenne ich an erster Stelle das von Sir Felix Semon begründete und herausgegebene Internationale Centralblatt, eine referirende Monatsschrift, die seit 1885 im Verlag von Aug. Hirschwald in Berlin erscheint und an der eine Anzahl hervorragender ausländischer Specialisten mitarbeitet. Das Blatt, das im künftigen Jahre auf ein 25jähriges Bestehen wird zurückblicken können, hat sich wohl für jeden, der sich darüber auf dem Laufenden erhalten will, was auf dem Gebiete unserer Disciplin geleistet wird, als ein unentbehrliches Hülfsmittel erwiesen.

2. Gleichfalls bei Hirschwald erscheint seit 1893 das von Bernhard Fränkel gegründete und redigirte „Archiv für Laryngologie und Rhinologie", das nur Originalarbeiten bringt.

3. Die seit circa 20 Jahren unter der Redaction von Haug (München) erscheinenden „Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie", die bei Fischer in Jena verlegt sind.

4. Die „Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten" werden von Bresgen (Frankfurt a. M.) redigirt und erscheinen bei Marhold (Halle).

5. Die „Stimme" existirt seit 1906, wird redigirt von Th. S. Flatau (Berlin).

Seit diesem Jahre (1908) sind noch zwei weitere Spezialialjournale ins Leben getreten, nämlich:

6. „Beiträge für Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Ohres, der Nase und des Kehlkopfs". Redigirt von Passow und Schaeffer (Berlin) und

7. Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete. Würzburg. Redigirt von Blumenfeld (Wiesbaden).

Die 8 in Deutschland bestehenden Gesellschaften und Vereine, die sich die Pflege der Laryngologie und Rhinologie, eventuell gleichzeitig der Ohrenheilkunde, zur Aufgabe gemacht haben, sind nach der Zeitfolge ihrer Gründung geordnet:

1. Die seit dem Jahre 1877 existirende „Oto-laryngologische Section“ und seit 1883 die selbstständige „Laryngologische Section“ bei den Versammlungen deutscher Naturforscher und Aerzte, der ältesten (seit dem Jahre 1827 bestehenden) medicinischen Vereinigung; sie hält jährlich ihre Versammlungen in verschiedenen Städten Deutschlands ab.

2. „Berliner laryngologische Gesellschaft“; seit dem Jahre 1889 unter dem Präsidium von Prof. B. Fränkel.

3. Der im Jahre 1894 von Professor Jurasz in Heidelberg gegründete „Verein süddeutscher Laryngologen“.

4. Die im Jahre 1897 von Hopmann in Köln gegründete „Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte“.

5. Die im Jahre 1900 von dem verstorbenen Prof. Schech gegründete „Münchener laryngologische Gesellschaft“.

6. Der seit dem Jahre 1902 bestehende „Verein schlesischer Hals-, Nasen- und Ohrenärzte“ in Breslau.

7. Die im Jahre 1905 von Prof. Barth in Leipzig gegründete „Gesellschaft sächsisch-thüringischer Ohren- und Kehlkopfärzte“; schliesslich

8. Die neueste im Jahre 1905 in Heidelberg von Prof. M. Schmidt und Prof. B. Fränkel gegründete „Deutsche laryngologische Gesellschaft“.

IV. Frankreich.

Hier liegen die Verhältnisse in Bezug auf die staatliche Anerkennung der Rhino-Laryngologie ähnlich ungünstig wie in England. Es existiren zur Zeit in Frankreich nur zwei Lehrstühle für dies Sondergebiet, und zwar ist mit beiden leider auch der Lehrauftrag für Ohrenheilkunde verbunden; den einen, der seit 1906 besteht, hat Moure in Bordeaux inne [„Professeur adjoint“*)], früher, d. h. seit 1891 nur „Chargé de cours“, ungefähr dem „Privatdocent“ an deutschen Universitäten entsprechend. Der zweite Lehrstuhl wurde seit Kurzem (1907 bis 1908) an der Universität Lyon eingerichtet und Lannois zum „Professeur adjoint“ daselbst ernannt**). Ausser den eigentlichen Lehrstühlen giebt es auch sogenannte „Cours cliniques supplémentaires“, und zwar in Paris seit 1895, wo Castex „chargé de cours“ ist, in Nancy seit 1906 und in Montpellier seit Kurzem, wo Jacques resp. Mouret die Stellung eines „agregé“ inne haben. Practisch wird ausserdem in Paris die Laryngo-Rhinologie ohne Lehrauftrag von zwei Hospitälern gelehrt, nämlich im Hôpital St. Antoine, von dem zur Zeit hervorragendsten französischen Laryngologen Lermoyez, und am Hôpital Lariboisière, wo jetzt an

*) Entspricht dem „ausserordentlichen Professor“ an den deutschen Universitäten, unterscheidet sich von diesem aber dadurch, dass er Sitz im Rathe der Facultät hat.

**) Diese beiden Lehrstühle, sowie der laryngo-rhinologische Unterricht in Paris sind staatliche Institutionen; der Unterricht zu Nancy und Montpellier stellt eine von den Universitäten selbst ins Leben gerufene Einrichtung dar.



Stelle des verstorbenen Gouguenheim der Chirurg Sebileau unser Fach vertritt. Diese beiden Stellen sind es, die in Frankreich sich des grössten Zuspruchs von Schülern erfreuen.

Als die Pioniere der Laryngologie in Frankreich seien genannt: Mandl, Krishaber, Isambert, Fauvel und Fournié, die alle nicht mehr unter den Lebenden weilen, und Moura-Bourouillou, der bereits im Jahre 1861 einen „Cours complèt de Laryngologie" veröffentlichte. Ausser dem schon genannten Gouguenheim seien ferner von hervorragenden verstorbenen französischen Laryngologen genannt: Garrigou-Desarènes und Cadier in Paris, Joal in Mont Dore, Blanc in Lyon und Wagnier in Lille. Zu den namhaften französischen Fachvertretern gehören ausser Moure und Lermoyez vor allem Luc, der eine vortreffliche Monographie über Kehlkopfinnervation verfasst und auf dem Gebiet der Nebenhöhlenerkrankungen mit Erfolg gearbeitet hat, Ruault, Verfasser verbreiteter Lehrbücher, ferner Baratoux, Castex, Cartaz, Gallé, Mendel in Paris, Hetma, der ehemalige Redacteur der Archives intern. d. Laryngol., d'Otologie et Rhinologie, und Chauveau, der gegenwärtige Leiter jenes Blattes und Verfasser umfassender Arbeiten über Kehlkopf- und Rachenkrankheiten, weiter Lubet-Barbon, Laurens, Gernault, Tissier, Loewenberg, Guisez, Mounier, Glover, Malherbe, Mahu, Suarez de Mendoza, der Redacteur der Archives de Méd. et de Chirurgie spéciales, ferner in Bordeaux Lichtwitz, Beausoleil und Brindel, Garel in Lyon, Molinié in Marseille, Redacteur des neuesten Specialjournals „Le Laryngoskope", Vacher in Orleans, Raugé in Challes, Gontier de la Roche in Toulon, Noquet in Lille, Escat und Lacoarret in Toulouse u. a. m. Unter denen, die, obwohl sie nicht die Laryngologie zu ihrem Specialfach gemacht hatten, ihr doch unschätzbare Dienste geleistet haben, sei vor allem der berühmte Neuropathologe Charcot genannt, der Autor der „Crises laryngées".

Die in Frankreich erschienenen Lehrbücher der Rhinolaryngologie sind folgende:

1. Moura-Bourouillou, Cours complèt de laryngologie. 1861.
2. Mandl, Traité des maladies du larynx. Paris 1872.
3. Fauvel, Traité pratique des maladies du larynx. 1876.
4. Isambert, Conférences cliniques sur les maladies du larynx. Paris 1877.
5. Cadier, Manuel de laryngoskopie et de laryngologie. Paris 1883.
6. Gellé, Miet, Baratoux, Duplay, Maladies du nez in Gélle's Handbuch der Ohrenkrankheiten, 1884—1894 und 1889.
7. Moure, Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité nasopharyngienne. Paris 1886.
8. Moure, Leçons sur les maladies du larynx. Paris 1890.
9. Ruault, Maladies de la bouche et du pharynx in „Traité de médecine" von Charcot und Bouchard. Paris 1892.
10. Ruault, Maladies du nez et du larynx. 1892.
11. Lefort, La pratique des maladies du larynx. Paris 1894.
12. Lermoyez, Thérapeutique des maladies des fosses nasales, des sinus de la face et du pharynx nasal. Paris 1896.

13. Cartaz, Maladies du nez. Paris 1900.

14. Escat, Maladies du pharynx. Paris 1901.

15. Guisez, Maladies des fosses nasales et des sinus. Paris 1903.

Auffallend ist, dass kein einziges dieser Lehrbücher in zweiter Auflage erschienen ist.

Der einzige von französischen Autoren herausgegebene Atlas der Hals- und Nasenkrankheiten ist der in Paris 1883 erschienene „Atlas de Laryngoscopie et de Rhinologie" von Gouguenheim und Glover.

Die wichtigsten Einzelschriften, die Gegenstände aus unserem Specialfach behandeln, sind:

Sales Girons, Traité thérapeutique et pratique des salles de respiration. Paris 1858.

Fournié, Etude pratique sur le laryngoscope. Paris 1863.

Gouguenheim et Lermoyez, Physiologie de la voix et du chant hygiène du chanteur. Paris 1885.

Lichtwitz, Les anésthésies hystériques des muqueuses et des organs des sens et les zones hystérogènes des muqueuses. Recherches cliniques. Paris 1887.

Luc, Les névropathies laryngées. Paris 1892.

Garnault, Physiologie, Hygiène et Thérapeutique de la voix parlée et chantée. Paris 1896.

Lermoyez, Les causes des paralysies recurentielles. Paris 1897.

Chauveau, Le larynx — Anatomie et Physiologie. Paris 1901 und Histoire des maladies du pharynx. Paris 1902.

Molinié, Les tumeurs malignes du larynx. Paris 1907.

Escat, Technique otolaryngologique, sémiotique et thérapeutique.

Die in Frankreich existierenden Fachzeitschriften für Rhino-Laryngologie sind folgende:

1. die älteste ist die seit 1875, also gegenwärtig schon 34 Jahre existirende „Annales des maladies des oreilles, du nez et du larynx" gegründet von Isambert, Krishaber und Ladreix de Lacharrière, später unter der Leitung von Gouguenheim und Lermoyez, gegenwärtig redigirt von Lermoyez, Sébileau und Lombard.

2. „Revue mensuelle" seit 1880, später „bimensuelle", gegenwärtig „hebdomadaire de Laryngologie d'Otologie et de Rhinologie", gegründet und bis jetzt redigirt von Prof. Moure in Bordeaux.

3. „Les Archives internationales de Laryngologie, d'Otologie et Rhinologie", gegründet im Jahre 1887 von Ruault, später dirigirt von Helme, gegenwärtig von Chauveau.

4. „Bulletin de Laryngologie". Paris. Redacteur Castex.

5. „La pratique médicale des maladies du nez et du larynx. Paris. Red. Baratoux.

6. „La Parole". Paris.

7. „La voix parlée et chantée." Paris.

8. „Archives de Médecine et de Chirurgie spéciales" etc. Paris. Gegründet im Jahre 1900 von Suarez de Mendoza.

Schliesslich das neueste Journal:

9. „Le Laryngoscope“ in diesem Jahre (1908) von **Melinié** in Marseille gegründet.

Die französischen Specialgesellschaften sind:

1. Die erste französische Gesellschaft wurde in Paris im Jahre 1883 von **Moura-Bourouillou** gegründet als „Société française d'Otologie et de Rhinologie“, ihre Versammlungen fanden jährlich einmal statt.

2) Im Jahre 1891 wurde unter dem Präsidium von **Gellé** die „Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris“ gegründet, welche ihre Versammlungen monatlich abhält.

3. Im Jahre 1892 vereinigten sich auf Initiative von **Moure** die beiden oben erwähnten Gesellschaften in eine „Société française d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie“, welche gegenwärtig auf 24 Jahre ihres Bestehens zurückblickt, sich jährlich versammelt und 48 „membres fondateurs“, 140 „membres titulaires“ und eine grosse Menge ausländischer Mitglieder zählt. Ihre Arbeiten sind jährlich in „Bulletins et mémoires de la Société française etc. veröffentlicht. Der letzte Präsident im Jahre 1903 war **Bonain**.

Schliesslich entstand:

4. im Jahre 1892 „Société d'Ophthalmologie, d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie de Bordeaux et de Sud-Ouest“, welche ihre Versammlungen monatlich hält.

V. Oesterreich-Ungarn.

Wir bringen Oesterreich-Ungarn erst an fünfter Stelle, weil es, was die Anzahl der dort erscheinenden Arbeiten aus unserem Gebiete betrifft, erst in dieser Reihenfolge kommt. Dem wissenschaftlichen Werth dieser Arbeiten nach müsste es mit in erster Reihe genannt werden. Oesterreich ist das eigentliche Vaterland der Laryngoskopie; denn **Türck** und **Czermak**, die Begründer der klinischen Kehlkopfheilkunde, lebten und wirkten in diesem Lande. Hier konnte sich die Laryngoskopie auch früher, als in den meisten anderen Ländern einer Förderung und Anerkennung von Seiten des Staates erfreuen; denn bereits seit dem Jahre 1870 bestand eine laryngologische Universitätsklinik, die, von der otologischen durchaus getrennt, unter der Leitung des verdienstvollen **L. von Schroetter** stand, eines der Pioniere der Laryngologie in Oesterreich neben **Stoerk**, **Semeleder** und **Schnitzler**. Nach dem Rücktritt **Schroetters** functionirte als Director der Wiener laryngologischen Klinik eine Zeit lang **Stoerk**; nach seinem Tode hat **Ottokar Chiari** seine Stellung inne.

Vorlesungen und Kurse werden ferner abgehalten von **Grossmann**, Privatdocent mit dem Titel eines Prof. extraordinarius, den seine Arbeiten über Kehlinnervation bekannt gemacht haben, ferner die Docenten: **Roth**, **Réthi**, Verfasser eines bekannten Lehrbuches, **Hajek** (im Franz Josefs Ambulatorium), der rühmlichst bekannte Autor ausgezeichneter Arbeiten über ödematöse Processe im Kehlkopf und über Nebenhöhleneiterungen, ferner **Fein** und **Harmer**.

Am Abend gab die Stadt Wien dem Congress ein opulentes Bankett in dem herrlichen Festsaal des Rathhauses. Obwohl sich durch das Fest wie ein schwarzer Schatten die traurige Erinnerung an den jähen Tod unseres Ehrenpräsidenten zog, und obwohl die Riesengrösse und die nichts weniger als vollkommene Akustik des Saales die Tischreden für die grosse Mehrzahl der Gäste absolut unvernehmbar machten, trug die Zusammenkunft doch wieder viel zur Befestigung freundschaftlicher Beziehungen unter den Theilnehmern bei, und den Wiener Stadtbehörden gebührt der herzlichste Dank des rhinolaryngologischen Congresses.

Am Donnerstag, den 23., fand zunächst eine allgemeine, von Semon eingeleitete Discussion über „Die Allgemeinbehandlung localer Leiden der oberen Luftwege" statt, der dann einzelne Vorträge folgten. Aus diesen heben wir speciell Moure's Beitrag: „Trachéotomie—Thyréotomie" hervor, der zu einer sehr lebhaften Debatte führte. Dieselbe zeugte von bedeutenden Meinungsverschiedenheiten zwischen den Theilnehmern. Der Nachmittag war den Röntgenstrahlen und dem Radium gewidmet. Nach den einleitenden Vorträgen Burger's und Gradenigo's erfolgten äusserst interessante Demonstrationen der Nase und ihrer Nebenhöhlen seitens Killian's, v. Eicken's, Scheier's und Kuttner's. Die Discussion wurde der vorgerückten Stunde wegen auf den nächsten Morgen verschoben. Schon jetzt ist es klar, dass das reichhaltige Programm nicht ganz wird erledigt werden können.

Der Abend versammelte die Congressisten und ihre Damen zum Bankett in den Räumen des Hotel Continental. Die Zusammenkunft trug einen durchaus intimen, herzlichen Charakter und wurde — wie alle diese Gelegenheiten — durch zahllose Trinksprüche gewürzt.

Der Morgen des Freitag brachte ein ganz vorzügliches Referat von Jurasz über die Frage der internationalen Laryngologencongresse, welches wir in einer späteren Nummer des Centralblatts in toto zum Abdruck bringen werden. Er sprach entschieden gegen die Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie bei diesen Gelegenheiten und schlug vor, internationale Specialcongresse neben und zur Zeit der allgemeinen internationalen Congresse zu halten.

An den Vortrag von Jurasz knüpfte sich eine lebhafte Debatte. Chiari stellte dem Auditorium die Fragen, erstens ob der internationale Laryngo-Rhinologen-Congress in bestimmten Zeitintervallen stattfinden soll, zweitens ob heute bestimmt werden soll, wann und wo der zweite Congress zusammentreten werde.

Semon schlug vor, zu diesem Zwecke ein internationales Comité einzusetzen, und diesem die Entscheidung der Frage, wann und wo der zweite Congress stattfinden soll, zu überlassen. Er empfahl, folgende Herren in das Comité zu berufen: für Oesterreich Chiari, für Deutschland Fränkel, für Frankreich Moure, für Italien Massei, für Russland Hellat, für die Vereinigten Staaten von Nordamerika Lefferts, für Grossbritannien Semon. Dieser Antrag wurde mit lebhaftem Beifall zum Beschluss erhoben und Semon die Einberufung des Comités überlassen.

Der allgemeinen Discussion folgte eine Anzahl von interessanten Demonstrationen (Massei, Vohsen, Harmer u. A.), an die sich theilweise lebhafte Discussionen anschlossen. Immer klarer wurde es, dass es nicht möglich sein würde,

das reichhaltige Programm abzuarbeiten. Einstimmig wurde der Vorschlag angenommen, die ursprünglich für Vorträge bewilligte Zeit auf die Hälfte herabzusetzen. Streng wurde darüber gewacht, dass in der Discussion die Redner die ihnen bewilligte Zeit nicht überschritten. Hätte es noch eines Beweises bedurft, wie unzweckmässig es wäre, bei dieser Gelegenheit die Otologie der Rhino-Laryngologie anzugliedern: dieser Congress hätte ihn wahrlich erbracht! —

Der Nachmittag brachte das Leichenbegängniss Leopold von Schrötter's, an dem der Congress sich in corpore betheiligte, und welches ein lebhaftes Bild von der allseitigen Liebe und Verehrung gab, deren sich der Heimgegangene erfreute. Die Trauerreden, die Blumenspenden, die dichtgedrängten Menschenmengen, durch die der lange Zug seinen langsamen Weg sich bahnte, sie alle zeigten, welch seltenen, hochverdienten Mann wir verloren haben. An der Alserstrasse bogen die Congressmitglieder ab, um sich zur Fortsetzung ihrer Verhandlungen in das Haus der K. K. Gesellschaft der Aerzte zurückzubegeben, in dem der Congress tagt. Nur eine kleine Deputation folgte der Leiche zur protestantischen Kirche, wo sie eingesegnet wurde, ehe sie zur Einäscherung nach Gotha überführt wurde. Da der Unterzeichnete zu dieser Deputation gehörte, kann er über den Verlauf der Nachmittagsitzung nicht aus eigener Anschauung berichten.

Vita brevis! — Nach den Todten wollen die Lebenden ihre Rechte. — Nach Schluss der Sitzung folgten die Congressmitglieder und ihre Damen einer Einladung zu einer ungemein interessanten Reitproduction in der K. K. Reitschule, bei welcher ihnen die hohe Schule oder spanische Reitkunst in vollendetster Weise vorgeführt wurde. — Abends fand ein überaus zahlreich besuchter Empfang bei dem Statthalter von Niederösterreich, Grafen **Erich Kielmannsegg** statt, bei welchem die Gräfin in liebenswürdigster Weise die Honneurs machte, und den Congressmitgliedern die Gelegenheit gegeben wurde, mit Mitgliedern der Wiener Gesellschaft bekannt zu werden.

Heute finden die Schlusssitzungen des Congresses statt, und die Mehrzahl der Theilnehmer dürfte das gastliche Wien noch am heutigen Tage verlassen. Gern hätte ich ausführlicher berichtet, wäre auf interessante Fragen des Näheren eingegangen, hätte der aufopfernden Thätigkeit des Organisationscomités und des Damencomités, der Liebenswürdigkeit unserer Wiener Collegen und ihrer Damen, der privaten Gastlichkeit und vieler anderer Punkte gedacht, aber die Zeit erlaubt es nicht, wenn dieser kurze Bericht noch in die Mainummer des Centralblattes kommen soll. So bescheide ich mich denn zu constatiren, dass der Congress ein ganzer, voller Erfolg war in jedem Sinne des Wortes; dass derselbe sicherlich nach allen Richtungen hin wichtige Folgen haben wird; dass wir alle dem Organisationscomité, an seiner Spitze dem Präsidenten Hofrat **Chiari** und seiner liebenswürdigen Gattin, dem Damencomité, allen Wiener Collegen, den Regierungs- und Municipalbehörden innig dankbar sind, und dass wir stets mit Erinnerungen angenehmster Art an den ersten internationalen Laryngo-Rhinologencongress und an die mit ihm verbundene **Türk-Czermak**-Feier zurückdenken werden.

Felix Semon.



An der deutschen Universität in Prag giebt es zur Zeit noch keine laryngologische Klinik*) — ein Ambulatorium für Hals- und Nasenkranke soll jetzt gegründet werden —, dagegen wird an der unter Zaufal's Leitung stehenden Ohrenklinik auch Rhinologie getrieben; Otorhinologie wird ferner daselbst noch von Piffl, Privatdocent mit dem Titel eines ausserordentlichen Professors, und von Docent Anton gelehrt.

An der czechischen Universität wird — freilich ohne Klinik — seit 1906 die Laryngologie als Lehrfach geübt und zwar von Prof. extraord. Frankenberger, sowie Privatdocent Cisler — beide bekannt durch ihre Arbeiten über Trachealstenosen und Kehlkopfinnervation. Ausserdem wirken daselbst als Docenten: Vymola und Kutvirl (jetzt in Pilsen).

An der Universität Innsbruck besteht eine oto-rhino-laryngologische Klinik, deren Vorstand Prof. Juffinger — früher Assistent v. Schrötter's — ist, Verfasser einer ausgezeichneten Monographie über das Sklerom der oberen Luftwege.

Die Klinik für Ohren-, Hals- und Nasenkranke an der deutschen Universität in Graz steht unter Leitung von Prof. Habermann.

Die Verhältnisse an der polnischen Universität in Krakau werden bei der Besprechung der Rhino-Laryngologie in Polen ihre Berücksichtigung finden.

In Ungarn giebt es bedauerlicherweise keine laryngologische Klinik — die Errichtung einer solchen soll geplant sein —; auch ist die Rhino-Laryngologie dort nicht Prüfungsgegenstand. Sieben Docenten — von denen 3 den Professortitel führen — haben unsere Specialdisciplin zu ihrem besonderen Arbeitsgebiet gemacht: v. Navratil, der älteste und verdienstvollste Repräsentant des Faches in Ungarn; Onodi, der bekannte Verfasser zahlreicher werthvoller Arbeiten, besonders auf dem Gebiete der Kehlkopfinnervation und der Nebenhöhlen, über die er besonders auch unsere anatomischen Kenntnisse sehr bereichert hat; ferner Prof. Irsai und die Docenten Polyak und Baumgarten.

Von den bekanntesten österreichischen Specialisten nenne ich hier: Hermann v. Schrötter (Wien), den begabten Schüler seines Vaters, der eine grosse Anzahl von Arbeiten, darunter solche über Sklerom und Bronchoskopie, verfasst hat, Imhofer (Prag), Laker (Graz), bekannt durch seine Arbeit über Schleimhautmassage (II. Aufl. 1892), Primarius Catti in Fiume, dem wir eine treffliche Monographie über Kehlkopferkrankungen bei acuten Infectionskrankheiten in Heymann's Handbuch verdanken, Braun (Triest). Ferner verdienen hier Erwähnung: Zuckerkandl (Wien) und Kraus (früher Graz, jetzt Berlin).

Von denen, die in der Zeit von 1858—1908 in Oesterreich auf unserem Gebiete eine hervorragende Thätigkeit entwickelten und nicht mehr am Leben sind, seien ausser den Pionieren unserer Wissenschaft Türck und Czermak, sowie Semeleder, Stoerk und Schnitzler, noch erwähnt: Beregszasy (Wien) und Jelenffy (Budapest), Verfasser werthvoller physiologischer Arbeiten über Kehlkopfinnervation.

*) Eine Zeit lang wurde dieses Unterrichtsfach von Ganghofner, jetzt Professor der Pädiatrie, versehen.

Ferner gedenke ich von den Gestorbenen: Billroth's (Wien), der zuerst die Resection des Kehlkopfes ausgeführt hat, und Mihalkovics', der unsere Kenntniss von der Anatomie der oberen Luftwege durch seine Arbeiten wesentich gefördert hat.

Folgende Lehrbücher sind während der Zeit von 1858—1908 in Oesterreich erschienen:

1. Türck: Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs und der Luftröhre. 1866.
2. Stoerk: Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs. Stuttgart 1880.
3. L. v. Schroetter: Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfs. Wien 1887. II. Aufl. 1893.
4. Rethi: Die Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Rachens. Wien 1892/1893.
5. Stoerk: Die Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. Wien 1895—1897; in Nothnagel's Handbuch der speciellen Pathol. und Therapie.
6. L. v. Schroetter: Vorlesungen über die Krankheiten der Luftröhre. Wien 1895.
7. Kraus: Die Erkrankungen der Mundhöhle und der Speiseröhre.
8. Rethi: Die Krankheiten des Kehlkopfs. Wien 1901. II. Aufl.
9. O. Chiari: Die Krankheiten der Nase. Wien 1902.
10. O. Chiari: Die Krankheiten des Rachens. 1903.
11. O. Chiari: Die Krankheiten des Kehlkopfs und der Luftröhre. 1905.
12. Onodi (Budapest) und Rosenberg (Berlin): Die Behandlung der Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraums. Berlin 1906; ins Russische übersetzt von Sacher 1907.

Die Lehrbücher von Rethi und v. Schroetter sind in 2 Auflagen erschienen; ein Lehrbuch in ungarischer Sprache existirt nicht.

Als einziger in Oesterreich erschienener laryngologischer Atlas ist der von Schnitzler zu nennen („Klinischer Atlas der Laryngologie und Rhinologie“, Wien 1891).

Von den sehr zahlreichen und werthvollen monographischen Arbeiten, die in Oesterreich erschienen sind, seien nur folgende genannt:

Semeleder: Die Rhinoskopie und Laryngoskopie und ihre Verwerthung für die ärztliche Praxis. Leipzig 1862 und Wien 1863.

Zuckerkandl: Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhlen und ihrer pneumatischen Anhänge. I. Bd. 1882. — II. Aufl. 1893. — II. Bd. 1892. Wien.

Monti: Ueber Croup und Diphtheritis im Kindesalter. Wien 1884. II. Aufl.

Exner: Die Innervation des Kehlkopfes. Sitz. der k. k. Akad. der Wiss. Wien. Bd. 89. II. Abth. I.—II. Bd. 1884.

Loeri: Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre. Stuttgart 1885.

Berger und Tyrman: Die Krankheiten der Keilbeinhöhlen und des Siebbeinlabyrinthes und ihre Beziehungen zu Erkrankungen des Sehorganes. Wiesbaden 1886.

An der deutschen Universität in Prag giebt es zur Zeit noch keine laryngologische Klinik*) — ein Ambulatorium für Hals- und Nasenkranke soll gerade gegründet werden —, dagegen wird an der unter Zaufal's Leitung stehenden Ohrenklinik auch Rhinologie getrieben; Otorhinologie wird ferner daselbst noch von Piffl, Privatdocent mit dem Titel eines ausserordentlichen Professors, und von Docent Anton gelehrt.

An der czechischen Universität wird — freilich ohne Klinik — seit 1906 die Laryngologie als Lehrfach geübt und zwar von Prof. extraord. Frankenberger, sowie Privatdocent Cisler — beide bekannt durch ihre Arbeiten über Trachealstenosen und Kehlkopfinnervation. Ausserdem wirken daselbst als Docenten: Vymola und Kutvirl (jetzt in Pilsen).

An der Universität Innsbruck besteht eine oto-rhino-laryngologische Klinik, deren Vorstand Prof. Juffinger — früher Assistent v. Schrötter's — ist, Verfasser einer ausgezeichneten Monographie über das Sklerom der oberen Luftwege.

Die Klinik für Ohren-, Hals- und Nasenkranke an der deutschen Universität in Graz steht unter Leitung von Prof. Habermann.

Die Verhältnisse an der polnischen Universität in Krakau werden bei der Besprechung der Rhino-Laryngologie in Polen ihre Berücksichtigung finden.

In Ungarn giebt es bedauerlicherweise keine laryngologische Klinik — die Errichtung einer solchen soll geplant sein —; auch ist die Rhino-Laryngologie dort nicht Prüfungsgegenstand. Sieben Docenten — von denen 3 den Professortitel führen — haben unsere Specialdisciplin zu ihrem besonderen Arbeitsgebiet gemacht: v. Navratil, der älteste und verdienstvollste Repräsentant des Faches in Ungarn; Onodi, der bekannte Verfasser zahlreicher werthvoller Arbeiten, besonders auf dem Gebiete der Kehlkopfinnervation und der Nebenhöhlen, über die er besonders auch unsere anatomischen Kenntnisse sehr bereichert hat; ferner Prof. Irsai und die Docenten Polyak und Baumgarten.

Von den bekanntesten österreichischen Specialisten nenne ich hier: Hermann v. Schrötter (Wien), den begabten Schüler seines Vaters, der eine grosse Anzahl von Arbeiten, darunter solche über Sklerom und Bronchoskopie, verfasst hat, Imhofer (Prag), Laker (Graz), bekannt durch seine Arbeit über Schleimhautmassage (II. Aufl. 1892), Primarius Catti in Fiume, dem wir eine treffliche Monographie über Kehlkopferkrankungen bei acuten Infectionskrankheiten in Heymann's Handbuch verdanken, Braun (Triest). Ferner verdienen hier Erwähnung: Zuckerkandl (Wien) und Kraus (früher Graz, jetzt Berlin).

Von denen, die in der Zeit von 1858—1908 in Oesterreich auf unserem Gebiete eine hervorragende Thätigkeit entwickelten und nicht mehr am Leben sind, seien ausser den Pionieren unserer Wissenschaft Türck und Czermak, sowie Semeleder, Stoerk und Schnitzler, noch erwähnt: Beregszasy (Wien) und Jelenffy (Budapest), Verfasser werthvoller physiologischer Arbeiten über Kehlkopfinnervation.

---

*) Eine Zeit lang wurde dieses Unterrichtsfach von Ganghofner, jetzt Professor der Pädiatrie, versehen.

Ferner gedenke ich von den Gestorbenen: Billroth's (Wien), der zuerst die Resection des Kehlkopfes ausgeführt hat, und Mihalkovics', der unsere Kenntniss von der Anatomie der oberen Luftwege durch seine Arbeiten wesentich gefördert hat.

Folgende Lehrbücher sind während der Zeit von 1858—1908 in Oesterreich erschienen:

1. Türck: Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs und der Luftröhre. 1866.
2. Stoerk: Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs. Stuttgart 1880.
3. L. v. Schroetter: Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfs. Wien 1887. II. Aufl. 1893.
4. Rethi: Die Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Rachens. Wien 1892/1893.
5. Stoerk: Die Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. Wien 1895—1897; in Nothnagel's Handbuch der speciellen Pathol. und Therapie.
6. L. v. Schroetter: Vorlesungen über die Krankheiten der Luftröhre. Wien 1895.
7. Kraus: Die Erkrankungen der Mundhöhle und der Speiseröhre.
8. Rethi: Die Krankheiten des Kehlkopfs. Wien 1901. II. Aufl.
9. O. Chiari: Die Krankheiten der Nase. Wien 1902.
10. O. Chiari: Die Krankheiten des Rachens. 1903.
11. O. Chiari: Die Krankheiten des Kehlkopfs und der Luftröhre. 1905.
12. Onodi (Budapest) und Rosenberg (Berlin): Die Behandlung der Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraums. Berlin 1906; ins Russische übersetzt von Sacher 1907.

Die Lehrbücher von Rethi und v. Schroetter sind in 2 Auflagen erschienen; ein Lehrbuch in ungarischer Sprache existirt nicht.

Als einziger in Oesterreich erschienener laryngologischer Atlas ist der von Schnitzler zu nennen („Klinischer Atlas der Laryngologie und Rhinologie", Wien 1891).

Von den sehr zahlreichen und werthvollen monographischen Arbeiten, die in Oesterreich erschienen sind, seien nur folgende genannt:

Semeleder: Die Rhinoskopie und Laryngoskopie und ihre Verwerthung für die ärztliche Praxis. Leipzig 1862 und Wien 1863.

Zuckerkandl: Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhlen und ihrer pneumatischen Anhänge. I. Bd. 1882. — II. Aufl. 1893. — II. Bd. 1892. Wien.

Monti: Ueber Croup und Diphtheritis im Kindesalter. Wien 1884. II. Aufl.

Exner: Die Innervation des Kehlkopfes. Sitz. der k. k. Akad. der Wiss. Wien. Bd. 89. II. Abth. I.—II. Bd. 1884.

Loeri: Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre. Stuttgart 1885.

Berger und Tyrman: Die Krankheiten der Keilbeinhöhlen und des Siebbeinlabyrinthes und ihre Beziehungen zu Erkrankungen des Sehorganes. Wiesbaden 1886.

O. Chiari: Erfahrungen auf dem Gebiete der Hals- und Nasenkrankheiten nach den Ergebnissen des Ambulatoriums. Wien und Leipzig 1887.

Juffinger: Das Sklerom der Schleimhaut der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre. Wien 1892.

v. Navratil: Thierversuche über die Kehlkopfinnervation und über den N. accessorius Willisii. 1894.

Onodi: Die Innervation des Kehlkopfes nach eigenen anatomischen, physiologischen und pathologischen Untersuchungen, Wien 1895; sowie die Nebenhöhlen der Nase. Wien 1905.

Hajek: Laryngitis submucosa acuta. Perichondritis laryngea, Larynxödem. In Heymann's Handb. der Laryng. und Rhin. 1898—1900, sowie Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. Wien 1899. II. Aufl. 1903.

Mihalkovicz: Anatomie und Entwicklungsgeschichte der Nase und ihrer Nebenhöhlen. In Heymann's Handb. der Laryng. und Rhin. 1900.

Grossmann: Die Lehre vom Bronchospasmus. Zeitschrift für klinische Med. 62. Bd. 1907 und viele andere, welche hier nicht berücksichtigt werden konnten.

Von laryngo-rhinologischen Journalen existirt in Oesterreich blos ein eineinziges, nämlich „Die Monatsschrift für Ohrenheilkunde sowie für Kehlkopf-, Nasen-Rachenkrankheiten" begründet im Jahre 1867 von Gruber, Rüdinger, Voltolini und Weber; gegenwärtig steht sie im 42. Jahre ihrer Existenz und und wird von Prof. L. v. Schroetter, Prof. E. Zuckerkandl, Prof. v. Urbantschitsch, alle in Wien und Prof. Jurasz in Heidelberg (an Stelle des verstorbenen Prof. Schech in München), redigirt, unter Mitwirkung einer ganzen Reihe der hervorragendsten österreichisch-ungarischen, sowie ausländischen Vertreter der Oto-Laryngo-Rhinologie.

Was Special-Gesellschaften für Laryngo-, Rhino- resp. Otologie betrifft, so existirt 1. in Budapest seit dem Jahre 1894 die „Ungarische Gesellschaft der Ohren- und Kehlkopfärzte", seit 1904 „Ungarische Laryngo-rhinologische Gesellschaft" genannt, unter dem Präsidium des vielverdienten Nestors des ungarischen Laryngologen Prof. v. Navratil in Budapest, seit dem Jahre 1906 ist sie in die „Rhino-laryngologische" Section des königlichen ungarischen Aerzte-Vereins" umgewandelt worden.

2. Im Jahre 1895 wurde die „Wiener laryngologische Gesellschaft" von Stoerk gegründet; gegenwärtig functionirt als Vorsitzender Prof. Chiari.

Ich habe schon erwähnt, dass Oesterreich-Ungarn, obwohl in Bezug auf die Zahl der dort veröffentlichten Arbeiten aus dem Gebiete der Laryngo-Rhinologie die fünfte, jedoch in qualitativer Hinsicht eine der ersten Stellen einnimmt.

In der That, abgesehen von der epochemachenden Einführung des Laryngoskops in die ärztliche Praxis durch Türck und Czermak (1858), sowie von der Einführung des Cocains in die Laryngologie von Jellinek, Assistent Prof. Schroetter's im Jahre 1884, die, ähnlich wie die Einführung des Chloroforms für die Grosschirurgie, eine neue Aera für unsere Wissenschaft herbeiführte, indem sie die schwierigsten endolaryngealen Operationen ermöglichte, wurden auch viele

wichtige Fragen aus dem Gebiete der Laryngo-Rhinologie in Oesterreich-Ungarn auf die glänzendste Weise bearbeitet und gelöst.

Ich will hier vor Allem die fundamentalen Arbeiten über die Nase und ihre Nebenhöhlen von Prof. Zuckerkandl in Wien und Prof. Onodi sowie Prof. Mihalkovics in Budapest erwähnen; weiter gehören hierher die ausgezeichneten Arbeiten über die Pathologie der Nasennebenhöhlen, vor Allem von Doc. Hajek in Wien, sowie Berger und Tyrman in Graz, ferner die ausgezeichneten Arbeiten über die ödematösen Processe des Kehlkopfes (Laryngitis submucosa acuta etc.) ebenfalls von Hajek in Wien, sowie die werthvollen physiologischen Arbeiten über die Innervation des Kehlkopfes und des Rachens von Prof. v. Navratil und Prof. Onodi in Budapest, sowie Dr. Réthi und Prof. Grossmann in Wien; schliesslich ist die ganze Frage des Skleroms der oberen Luftwege durch erschöpfende Arbeiten von Prof. Pieniazek in Krakau, Prof. Juffinger in Insbruck, Prof. Stoerk und Prof. L. v. Schroetter in Wien aufs glänzendste bearbeitet worden.

Es ist auch das Verdienst des ungarischen Laryngologen Loeri in Budapest, dass er 1885 als erster in seiner ausgezeichneten oben erwähnten Monographie einen engen Zusammenhang zwischen den Erkrankungen der oberen Luftwege einerseits und den allgemeinen Störungen des Organismus andererseits bewiesen hat. (Fortsetzung und Schluss folgt.)

III. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, obere Luftwege.

1) **Ino Kubo** (Fukuoka). **Zur Geschichte der alten Rhinologie in Japan.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 145.*

Interessante Zusammenstellung der in alten japanischen Schriften niedergelegten, relativ entwickelten rhinologischen Kenntnisse. F. KLEMPERER.

2) **L. Lenzi** und **A. Pellagrini. Beitrag zur Kenntniss der angeborenen Halscysten. (Contributo alla conoscenza delle cisti congenite del collo.)** *Lo Sperimentale. Bd. I. p. 5. 1906.*

Verff. haben 14 Fälle von angeborener Halscyste einer genauen klinischen und anatomisch-pathologischen Prüfung unterworfen; 8 von den Cysten sassen in der Medianlinie, 6 seitlich. Die Arbeit ist für das Referat nicht geeignet.

FINDER.

3) **Bogoljubow. Eine branchiogene Cyste des Halses. (Branchiogennaja kista schei.)** *Med. Obosrenie. Bd. 68. No. 15.*

Titel besagt den Inhalt. P. HELLAT.

4) **Chevalier Jackson. Unterbindung der Carotis externa in Rhinologie und Pharyngologie. (Ligation of the external carotid in Rhinology and Pharyngology.)** *N. Y. Medical Journal. 17. August 1907.*

Verf. hat die Carotis in 30 Fällen 38mal unterbunden; die Unterbindung

beider Arterien wurde 8mal ausgeführt. Die Unterbindung geschah: In 7 Fällen wegen Nachblutung nach Tonsillotomie; in 4 Fällen zur Verhütung einer Blutung bei der Exstirpation maligner Tumoren der Mandel und Zunge; in 3 Fällen zur Verhütung einer Blutung bei der Exstirpation maligner Antrumtumoren; um das Wachsthum maligner Antrumtumoren aufzuhalten in 4 Fällen, um Blutungen bei der Exstirpation von Nasenrachenfibromen zu vermeiden in 8 Fällen; um spontane Nasenblutung zu stillen in 2 Fällen und um eine postoperative Nasenblutung zu stillen in 2 Fällen.

LEFFERTS.

5) **Mager. Stichverletzung des Halses.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 44. 1907.*

Im Anschlusse an die Verletzung der Carotis kam es zu einem traumatischen Aneurysma der Carotis int. und ext., zu einer Verletzung der Nerv. hypoglossus, glossopharyngeus und sympathicus, sowie zu einer Durchtrennung des N. vagus, ohne dass diese pathologische Erscheinungen von Seiten des Herzens, des Blutdrucks oder der Lunge verursachten.

CHIARI.

6) **Elemer v. Tövölgyi** (Budapest). **Von einem neuen Apparat zur äusseren vibrirenden Massirung der Kehle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 559.*

Der Apparat umfasst mit zwei Armen die Kehle, so dass von beiden Seiten, wie beim Massiren mit Daumen und Zeigefinger, vibrirende Bewegung übertragen wird.

F. KLEMPERER.

7) **T. G. Montreal. Die Thymusdrüse. (The thymus gland.)** *5. October 1907.*

Nach seinen eigenen und nach dem Studium der von Flexner ausgeführten Untersuchungen ist Verf. der Ansicht, dass, obwohl man jetzt zu der Erkenntniss gelangt ist, dass cytotoxische Sera schwieriger zu erhalten und weniger specifisch sind, als man zuerst glaubte, doch zugegeben werden muss, dass die Bedeutung der hämatopoetischen und sonstigen Functionen der Thymusdrüse im extrauterinen Leben nicht sehr gross ist.

LEFFERTS.

8) **Friedländer. Vergrösserung der Thymus. (Enlargement of the thymus.)** *N. Y. Medical Journal. 10. August 1907.*

Nach einem Ueberblick über die geschichtliche Entwicklung der Anschauungen über die Vergrösserung der Thymusdrüse bespricht Verf. Symptomatologie, Pathologie und Therapie der Erkrankung, ohne wesentlich Neues zu bringen.

LEFFERTS.

9) **Chevalier Jackson. Tracheostenose durch die Thymusdrüse bedingt. Tracheoskopie; Thymectomie; Heilung. (Thymic tracheo-stenosis; tracheoscopy; thymectomy. Cure.)** *N. Y. Medical Journal. 1. Juni 1907. N. Y. Medical Record. 1. Juni 1907.*

Verf. theilt den 17. Fall einer Heilung eines „Asthma thymicum“ durch Exstirpation der Drüse mit, den ersten, bei dem die Radioskopie ausgeführt wurde und den einzigen, bei dem seiner Behauptung nach der Nachweis einer durch die

Thymushypertrophie bedingten Trachealstenose auf tracheoskopischem Wege geführt wurde.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Der Ausspruch Friedleben's, dass es kein Asthma thymicum giebt, beruht auf Irrthum; doch wäre die Bezeichnung thymische Trachealstenose besser. In diesen Fällen ist die Dyspnoe ausgesprochener bei aufrechter Körperhaltung; sie ist exspiratorisch, was im vorliegenden Fall auch tracheoskopisch nachgewiesen wurde. Eine sehr werthvolle diagnostische Hülfsmethode ist die Röntgendurchstrahlung. Eine absolut sichere Diagnose ermöglicht das Tracheoskop. Die Tracheotomie muss möglichst hoch und von der Thymectomiewunde entfernt ausgeführt werden. Eine lange Trachealcanüle, die ungefähr bis zu einem Centimeter oberhalb der Bifurcation reicht, wird eingesetzt und macht die Athmung frei und beseitigt die Gefahr der Asphyxie bei der Thymectomie. Diese ist indicirt und wird am besten so ausgeführt, dass der kleine Finger durch eine transversale Incision hinter das Sternum eingeführt wird, nachdem die Tenotomie beider Sternocleidomastoidei ausgeführt ist. Die Einführung des Fingers soll jedoch nur kurze Zeit dauern, da durch Compression der Nerven Zeichen von Herzstörung eintreten können. Auch muss man sich hüten, die Pleura zu verletzen. Der Aufsatz ist illustrirt.

LEFFERTS.

10) **Notiz des Herausgebers. Behandlung von Carcinom mit Thymusdrüse. (Thymus gland treatment of cancer.)** *N. Y. Medical Record. 24. August 1907.*

Die Notiz nimmt Bezug auf eine in der Juli-Nummer der Annals of Surgery erschienene Arbeit von F. Gwyer, in der dieser die Resultate einer Behandlung von Carcinomfällen mit getrockneter und gepulverter Thymusdrüse mittheilt und zu dem Schlusse kommt, dass diese Behandlung in Fällen, wo die Operation absolut verweigert wird oder die inoperabel sind, anzurathen ist.

LEFFERTS.

11) **Brezovsky. Skleromfall.** *Orvosi Hetilap. No. 37. 1907.*

An den Nasenflügeln, in Nase, Rachen, Kehlkopf typisches, auch bakteriologisch und histologisch constatirtes Sklerom.

v. NAVRATIL.

12) **Otto Mayer** (Graz). **Die Verbreitung des Skleroms in Steiermark.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 428.*

M. stellt 29 Fälle von Sklerom in Steiermark fest und constatirt eine Zunahme und Ausbreitung des Leidens. Er hält das Sklerom für einen durch specifische Bakterien hervorgerufenen infectiösen Process, der unter bestimmten Verhältnissen übertragbar, contagiös ist. Er fordert in Anlehnung an die zuerst von Streit gemachten Vorschläge zur Bekämpfung des Skleroms, auch für Oesterreich die Maassregeln der Anzeigepflicht der Erkrankung und die Isolirung der Kranken.

F. KLEMPERER.

13) **Ernst Linck** (Königsberg). **Bemerkungen über das Sklerom nebst Mittheilung eines neuen ostpreussischen Falles.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 115.*

Verf. berichtet über einen neuen in der Gerber'schen Klinik beobachteten Fall, sowie über den Verlauf der Krankheit bei zwei älteren Fällen, schliesslich

über einen sehr vorgeschrittenen Fall aus Russland, der durch die Mitbetheiligung der Trachea und dadurch, dass der Patient den besseren Ständen angehört, bemerkenswerth ist.

F. KLEMPERER.

14) **Eugen Pollak** (Graz). **Gesichtsschutzvorrichtungen für den Arzt.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 157.*

Gesichtsschutzrahmen und Gesichtsvorhang zum Schutze gegen Anhusten und Anspucken; zu beziehen bei H. Reiner, Wien.

F. KLEMPERER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **Bruck** (Berlin). **Ueber die plötzlich entstandene, flüchtige Nasenröthe und ihre sofortige Beseitigung durch Benzin.** *Med. Klinik. 5. 1907.*

Mit Benzin befeuchteten hydrophilen Mull oder Lint führe man sehr schnell zur Nase und drücke solche Compresse, ohne damit zu reiben, einige Secunden an, indem man streng darauf achtet, dass auch wirklich die ganze vom Erythem ergriffene Hautstelle damit bedeckt wird.

SEIFERT.

16) **G. Alagna. Haemoangioendotheliom der äusseren Nase. (Emoangioendotelioma del naso esterno.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. 1. März 1907.*

Es handelt sich um eine 72jährige Frau, die vor 4 Jahren einen heftigen Schlag gegen die Nasenwurzel erhalten hatte. Es hat sich an derselben Stelle ein nussgrosser, cystisch aussehender indolenter Tumor gebildet. Auf Grund des Ergebnisses, das die histologische Untersuchung des exstirpirten Tumors hatte, nimmt Verf. an, dass sich im Anschluss an das Trauma ein richtiges Haemangiom bildete, dessen Gefässendothel eine carcinomatöse Umwandlung erfuhr.

FINDER.

17) **Gütig** (Wien). **Zur operativen Behandlung des Rhinophyma.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 51. 1907.*

Sehr wichtig ist die Belassung eines schmalen Saumes am Nasenrand und an der Nasenspitze und die Deckung der bis auf das Perichondrium abgeschälten Nase mit Epidermislappen, welche den abgetragenen Geschwülsten selbst entstammen.

CHIARI.

18) **Moszkowicz. Verkleinerung der Nase.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 48. 1907.*

Eine monströse Nase eines 20jährigen Mädchens wurde nach der von Gersuny ausgearbeiteten Methode mit bestem Erfolge verkleinert. M. operirte in diesem Falle ohne Durchtrennung des häutigen Septums von einem Schleimhautschnitt der Nase aus ähnlich wie bei der Killian'schen Deviationsoperation. Sonst verbleibt keine äusserlich sichtbare Narbe.

CHIARI.

19) **Foramitti. Rhinoplastik.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 25. October 1907.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 44. 1907.*

Vorstellung einiger Fälle von Plastik der Nase bei theilweisem und vollständigem Defect derselben. Im letzten Falle wurde als vorbereitende Operation

für die spätere Nasenplastik eine 12 cm lange Knochenspange der Tibia entnommen und unter die Haut der Stirne implantirt. CHIARI-HANSZEL.

20) **M. T. Finney** (Baltimore). **Eine neue Methode der Rhinoplastik. (A new method of rhinoplasty.)** *N. Y. Medical Journal. 10. August 1907.*

Zur plastischen Wiederherstellung einer durch syphilitische Nekrose zerstörten Nase benutzte Verf. den Ringfinger der linken Hand. LEFFERTS.

21) **Leisdmer** (Wien). **Erfahrungen über Rhinoplastik.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 84. 1907.*

Bericht über 29 von v. Eiselsberg ausgeführte partielle und totale Rhinoplastiken. SEIFERT.

22) **Schilling** (Christiania). **Rhinoplastik.** *Nordisk chirurg. Forening. 7. Möde 1907. Hospitals Tidende. p. 1112. 1907.*

Demonstration von Patienten. E. SCHMIEGELOW.

23) **Slatowerow. Ueber Correctur der Nasendeformationen durch Paraffinprothesen. (Ob esprawlenii deformatii nosa poshedetwom paraffinnich protesow.)** *Jeshemesjatschnik. No. 6 u. 7. 1907.*

Der Artikel enthält einen kurzen Ueberblick über die Literatur und die Methode, welche der Autor beobachtet. Er benutzt die Spritze von Onodi und wendet Hartparaffin an. P. HELLAT.

24) **A. E. Davis. Ein Protest gegen die Anwendung von Paraffininjectionen in der Nähe des Auges. (A protest again the employement of paraffin injections near the eyes.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Juli 1907.*

Verf. theilt zwei Fälle mit. In dem ersten ist nach Injection in den Nasenrücken Paraffin in das obere Augenlid eingetreten. Der zweite Fall ist auch ein ganz einzigartiger. In diesem wurde eine feste Paraffinkugel nach einer wegen Trauma vorgenommenen Enucleation des Bulbus in die Tenon'sche Kapsel eingelegt. Das Resultat war, dass eine solide Paraffinmasse aus dem hinteren Theil der Tenon'schen Kapsel in den hinteren Abschnitt der Orbita eintrat, auf den Nervus opticus drückte und deutliche Symptome einer sympathischen Reizung in dem anderen Auge verursachte. Verf. erinnert an die Fälle von Embolie der A. centralis retinae, die nach Paraffininjectionen berichtet worden sind und warnt eindringlich vor der Injection in der Nähe des Auges. LEFFERTS.

25) **Herchell Harris. Paraffinnase. (Paraffin nose.)** *Australasian Medical Gazette. 20. September 1907.*

Vorstellung eines Falles, bei dem vor 6 Jahren wegen syphilitischer Sattelnase Paraffin von 43° Schmelzpunkt injicirt worden war. Die Nase hat ein fast normales Aussehen; es ist keine Spur von Paraffin zu fühlen.

A. J. BRADY.

26) **Reiss** (Wien). **Ein Beitrag zur Correctur der Sattelnasen durch Paraffininjectionen nach Mahu.** *Oesterr. Aerzte-Zeitung. No. 2. 1908.*

Beschreibung und Empfehlung der Parffinspritze nach Mahu (hergestellt von Collin in Paris). CHIARI.

27) **Robert Leroux** (Paris). **Der Einschluss von 78°igem Paraffin zur Nasenprothese. (L'inclusion de paraffine à 78° en prothèse nasale.)** *Presse médicale. 25. Januar 1908.*

Die Einbringung von sehr hartem Paraffin unter die Haut schützt vor den unliebsamen Vorkommnissen, die bei andersartiger Anwendung von Paraffin bisweilen berichtet worden sind. Verf. beschreibt die Technik des Verfahrens. Um das Paraffin unter die Gewebe zu bringen, bedient er sich eines gewöhnlichen Punctionstroicarts, dessen Mandrin ihm zum Vorstossen der Masse dient.

GONTIER de la ROCHE.

28) **M. Magnus** (Königsberg). **Ueber angeborene, gutartige, intranasale Neubildungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 433.*

Gestielter Tumor von der Grösse und Gestalt eines Pflaumenkerns mit der kalten Schlinge aus der rechten Nasenseite eines 4 Monate alten Kindes entfernt. Nach Consistenz und Aussehen Verdacht auf Malignität; die mikroskopische Untersuchung jedoch ergab keine Anhaltspunkte für Bösartigkeit. F. KLEMPERER.

29) **Hermann Ivo Wolff** (Berlin). **Zur Histologie der gutartigen Nasentumoren.** *Mit 3 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 8. 1907.*

Entsprechender Bericht über vier Fälle: 1. Hartes Fibrom am Naseneingang; 2. zwei Angiofibrome; 3. Papillom am Septum; 4. Choanalrandpolyp mit Knocheneinschluss. HECHT.

30) **Herm. Torhorst** (Strassburg i. E.). **Ueber die sogen. „blutenden Polypen" der Nasenschleimhaut.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 268.*

Untersuchung von 13 blutenden Polypen, von denen 12 vom Septum, 1 von der mittleren Muschel ihren Ursprung nahmen; 7 mal sass der Polyp rechts, 6 mal auf der linken Seite; stets trat er nur einseitig auf. Die Grösse schwankte zwischen Kirsch- und Wallnussgrösse. Histologisch stellen sich die Polypen nach Verf. dar als „eine Art Tumor, bei dem Gefässe und Bindegewebe den hervorgendsten Antheil an der Geschwulst nehmen, ab und zu aber auch Granulationsgewebe sich geltend macht, und zwar so, dass einmal mehr ein angiomatöses Fibrom oder ein Fibroangiom, auch wohl ein teleangiectatisches Fibrom oder ein andermal mehr ein cavernöses Angiom vorzuliegen scheint. Immer aber ist der Tumor von durchaus gutartiger Natur, wenn auch manche Stellen vielleicht einen an Sarkom erinnernden Bau zeigen." F. KLEMPERER.

31) **Stefanowski. Einiges über Nasenpolypen, welche ich vom Jahre 1896 bis 1906 in Kasan und in der Wolga-Kama-Gegend beobachtet habe. (Nekotorija dannija o nosowich polip, nabljud. mnoju s 1896—1906 g. w kasani i Wolschkokamskom kraje.)** *Jeshemesjatschnik. April und Mai 1907.*

S. beobachtete in der genannten Periode unter 5086 Ohren-, Nasen- und Halskranken 1370 Fälle mit chronischem Nasenleiden, unter denen 95 Polypen. Die grösste Zahl (40 pCt.) von ihnen entfiel auf die Jahre von 20—40, 35 pCt. rechts, 47 pCt. links, 18 pCt. beiderseits. 14,6 pCt. litten an Schwindel, Kopfschmerz und an Asthma. P. HELLAT.

32) **H. Schloffer** (Innsbruck). **Erfolgreiche Operation eines Hypophysentumors auf nasalem Wege.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 21 u. 22. 1907.*

Sch. gewann nach Aufklappung der äusseren Nase, Ausräumung der inneren Nase und Entfernung der inneren Wand der Orbita und Highmorshöhle vollkommen genügenden Einblick auch ohne Reflectoren. — Von mehr chirurgischem Interesse.

CHIARI.

33) **Kanitz. Zwei Rhinoskleromfälle.** *Orvosi Hetilap. No. 47. 1907.*

Casuistische Mittheilung.

v. NAVRATIL.

34) **Belogolowow. Versuch der Tiosinaminanwendung bei Rhinosklerom. (Popitka primenenija tiosinamine pri rinosklerome.)** *Jeshemesjataschnik. No. 4. 1907.*

B. versuchte das Mittel in zwei Fällen im Verlauf von einem Monat jeden zweiten Tag. Der Erfolg war sehr gering.

P. HELLAT.

35) **A. Martin** (Barcelona). **Ein Fall von Sarkom der Regio ethmoido-sphenoidalis. (Un caso de sarcoma de la región etmoido-esfenoidal.)** *Revista Barcelonesa de oto-rino-laringologia. No. II.*

Beschreibung eines inoperablen Falles.

TAPIA.

36) **Walker Downie. Nasensarkom. (Sarcoma of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 31. August 1907.*

Die erfolgreiche Behandlung der Nasensarkome hängt ab von der frühzeitigen Diagnose und der radicalen Entfernung der Geschwulst. Verf. spricht nur von den Fällen, in denen der primäre Sitz der Tumoren in der Nasenhöhle sich befindet; er schaltet also alle diejenigen aus, in denen er secundär aus der Kieferhöhle vom Oberkiefer oder Keilbein aus in die Nasenhöhle hineingewachsen war. In den hier in Betracht kommenden Fällen, in denen die Geschwulst meist ihren Sitz in der lateralen Masse des Siebbeins, der mittleren Muschel oder der nasoventralen Wand sich befindet, soll sie per vias naturales mit schneidender Zange, Curetten etc. entfernt werden. Die Wiederholung dieser Maassnahmen ist eventuell nöthig, bis die ganze Geschwulst entfernt ist. Diese Methode ist jedoch nur in der Minderzahl der Fälle anzuwenden, in der die Diagnose frühzeitig genug gestellt worden ist. Ist das Septum mitergriffen oder ist das Verbreitungsgebiet der Erkrankung bereits ein grosses, dann ist die äussere Operation anzuempfehlen.

LEFFERTS.

37) **A. von zur Mühlen** (Riga). **Eine Modification des Krause'schen Polypenschnürers.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 361.*

Einführung einer Schraube am Fusse des Polypenschnürers, durch welche die um das hintere Muschelende fest zugezogene Drahtschlinge in ihrer Lage fixirt wird. Der Handgriff wird nun entfernt, Schlinge und Schlingenführer bleiben viele Stunden lang liegen. Wird danach der Handgriff wieder angelegt und die Operation vollendet, so ist die Blutung nach Verf.'s Erfahrungen eine minimale.

F. KLEMPERER.

38) **W. Freudenthal. Tod infolge unvorsichtiger Tamponade der Nase; nebst einigen Bemerkungen über die Behandlung von Nasenblutungen. (Death due to careless plugging of the nose; with a few remarks on the treatment of nasal hemorrhage.)** *International Journal of Surgery. Juli 1905.*

Patient hatte starkes Nasenbluten gehabt und war tamponirt worden. Drei Tage darauf kam er in F.'s Beobachtung; er fand ein 6 cm langes Wattestück mit gekreuzten Heftpflasterstreifen an der Oberlippe befestigt. Von der Mitte dieses Wattestreifens verlief ein Faden in das linke Nasenloch und ein anderer Faden nach oben und unten über das Ohr und in den Mund. Wiederholte Versuche, auch in Chloroformnarkose, den Tampon zu entfernen, misslangen. Am nächsten Tage wurde eine Operation von aussen vorgenommen und man fand den Tampon in der Kieferhöhle, in die er gewaltsam hineingetrieben war. Vier Tage später starb Patient an Sepsis. Verf. wendet nach intranasalen Operationen Stypticin in Dosen von 0,006—0,01 drei- bis fünfmal täglich an. EMIL MAYER.

39) **B. Goldschmidt** (Berlin). **Zur Frage der Nasentamponade.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 5. 1907.*

Bezugnehmend auf die Publication Choronshitzky's verwirft G. die von jenem empfohlene Tamponade mit Eisenchloridwatte wegen der ihr anhaftenden Nachtheile. Am besten ist überhaupt die offene Wundbehandlung ohne jede Tamponade. Zur Vermeidung etwaiger Nachblutungen lässt G. den Patienten in den nächstfolgenden Stunden nach der Operation etwa alle 15—20 Minuten eine kleine Menge eines 1 prom. Renoform-Borsäure-Milchzuckerpulvers aufschnupfen oder sich selbst einblasen. Auf diese Weise gelang es Autor „in einer sehr grossen Anzahl operirter Fälle die lästige Tamponade zu umgehen". In Fällen, in denen aus äusseren oder individuellen Rücksichten trotzdem tamponirt werden muss, hat sich Verf. eine nach seinen Angaben angefertigte Renoform-Verbandwatte oder -Gaze — nach vorheriger Einstäubung von Xeroform oder Protargol auf das Operationsgebiet — sehr gut bewährt. HECHT.

40) **G. Lennhoff** (Berlin). **Zur Tamponade der Nase und des Nasenrachenraums.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 47.*

Verf. bespricht eingehend die Methodik und die Vorzüge seiner bereits früher beschriebenen Tamponade der Nase mittels „Zugstreifentampon".

F. KLEMPERER.

41) **Ruprecht** (Bremen). **Schichtweise Nasentamponade.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 562.*

R. macht im Anschluss an Freer's Aufsatz über „die submucöse Fensterresection der Nasenscheidewand etc.", in welchem eine schichtweise Tamponade beschrieben wird, darauf aufmerksam, dass er vor einigen Jahren bereits die gleiche Methode angegeben hat. F. KLEMPERER.

42) **Fronstein. Differentialdiagnose normaler und pathologischer Rachenmandeln. (Otlitschitelnoe razposnawanie normalnoi i potologitschneskoi mindaline.)** *Chirurgia. October 1907.*

F. untersuchte 223 Schulkinder und versuchte irgend ein objectives Krite-

rium für die Vergrösserung der Rachenmandel festzustellen. Er möchte glatte, feste Mandeln für normal, höckerige und weiche für pathologische gehalten wissen. Nach diesem Kriterium stellte sich der Procentsatz 24,5 pCt. für normale und 29,1 pCt. für pathologische Mandeln heraus. Zum Schluss kommt F. jedoch zu dem Resultate, dass wir leider kein einigermaassen verlässliches Kriterium für die Bestimmung der Vergrösserung haben.

P. HELLAT.

43) **Gawrilow. Zur Frage der Häufigkeit der Adenoiden, des Zusammenhanges mit der Vergrösserung der Gaumenmandeln und der Form des Kopfes und ihrer Veränderung im Verlaufe der Zeit. (K woprosu o tschastche adenoidow, o swjasi ich s uwelitscheniem nebnick mindalin i s formaju golowi i ob ich ismenenii wo wremeni.)** *Jeshemesjatschnik. No. 6. 1907.*

Die Arbeit enthält hauptsächlich Tabellen und Zahlen, daher zum Referat nicht geeignet.

P. HELLAT.

44) **C. Serebrjakoff** (Bern). **Ueber die Involution der normalen und hyperplastischen Rachenmandel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 502.*

Die von Verf. untersuchten Rachenmanpelhyperplasien Erwachsener unterschieden sich in keiner Weise von ähnlichen Bildungen des kindlichen Alters. Die statistischen Erhebungen zeigen, dass die Involution der normalen und der mässig vergrösserten Rachenmandel ein mit ziemlicher Regelmässigkeit sich vollziehender Vorgang ist, der mit den Pubertätsjahren einsetzt und mit dem 25. Altersjahr gewöhnlich vollendet ist. Der histologische Vorgang bei diesem Involutionsprocess ist ein derartiger, dass die epitheliale Bedeckung der adenoiden Rachenmandelhyperplasien den Charakter des Cylinderepithels verliert und denjenigen des Plattenepithels annimmt; das adenoide Gewebe wird dabei rareficirt durch Auftreten von zahlreichen Gefässspalten (Lymph- und Blutgefässe); die Follikel und deren Keimcentren leisten der Rarefication länger Widerstand, als das interfolliculäre Gewebe; Hand in Hand mit der Rückbildung des adenoiden Polsters geht eine ausgedehnte subepitheliale Cystenbildung.

F. KLEMPERER.

45) **Hasslauer** (München). **Eine seltene Erkrankung der Rachenmandel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 127.*

Es handelt sich um einen Fall von Herpes tonsillae pharyngis.

F. KLEMPERER.

46) **E. Hamilton White. Pathologie der Adenoiden und der Adenoidtuberculose. (Pathology of adenoids and adenoid tuberculosis.)** *Amer. Journ. Med. Scs. August 1907.*

1. Primäre Tuberculose findet sich in einem gewissen Procentsatz aller Fälle von Adenoiden; Verf. schätzt ihn auf circa 5 pCt.

2. Um das Vorhandensein von Tuberculose der adenoiden Vegetationen festzustellen, erweist sich die histologische Methode als die befriedigendste.

3. Tuberculose scheint kein wichtiger Factor beim Zustandekommen der Adenoidhypertrophie zu sein.

4. Adenoide und Tonsille sind die wichtigsten Eintrittspforten für Tuberculose.

A. LOGAN TURNER.

47) Filè-Bonazzola. **Beziehungen zwischen adenoiden Vegetationen und einigen Infectionskrankheiten. (Rapporti fra vegetazioni adenoidi ed alcune malattie infettive.)** *Revista di Clinica pediatrica. December 1907.*

Was die von einigen Autoren so grosse Bedeutung beigelegte Entzündung des Nasenrachens im Verlauf der Masern anbelangt, so findet sie Verf. unerheblich, um an sich eine dauernde Hypertrophie der Luschka'schen Tonsille herbeizuführen. Adenoide Vegetationen und Masern sind daher nur ein zufälliges Zusammentreffen. Dagegen betont Verf. immer wieder, dass sehr häufig ein Zusammenhang zwischen adenoiden Wucherungen und katarrhalischer Entzündung eines mehr oder minder grossen Theiles des Respirationstractus besteht. Ein Zusammenhang zwischen Scharlach und adenoiden Vegetationen ist bisher nicht hinreichend nachgewiesen. Dagegen sind sie bei Diphtherie circa in 50 pCt. nachgewiesen worden; Verf. meint, dass die sogenannte latente Diphtherie häufig von dort ihren Ausgang nimmt.

FINDER.

48) Mekler. **Ueber Entzündungen adenoider Wucherung des Nasenrachens. (O wospolenijach adenoidnich rasraschtschenii nosaglotki.)** *Jeshemesjatschnik. No. 8. 1907.*

Mittheilung eines Falles von primärer Entzündung der adenoiden Vegetationen.

P. HELLAT.

49) Zalewski, Sedziak. **Ueber die Operation der hypertrophischen Rachentonsillen bei den Taubstummen. (W sprawie operacyi przevoslego migdarka gardlowego przy gluchoniemocie.)** *Przeglad Lekarskie. No. 51. 1907.*

Zalewski stimmt mit Sedziak in der Ansicht über die Nothwendigkeit der Entfernung von adenoiden Vegetationen bei jedem Fall von Taubstummheit nicht überein; dagegen räth er zur Entfernung nur in den Fällen, bei denen als Ursache der Taubstummheit nur Veränderungen im Mittelohr auftreten, oder dann, wenn ausser Veränderungen der inneren Theile des Gehörganges auch im Mittelohre solche vorhanden sind. Sedziak bemerkt in seiner Antwort, die er Zalewski giebt, dass ausser den von Zalewski gegebenen Indicationen in Fällen von Taubstummheit man die Vegetationen auf Grund des guten Einflusses der Operation auf andere secundäre Erscheinungen entfernen muss. Im Allgemeinen hält Sedziak die Operationen der adenoiden Vegetationen für eine prophylactische Heilmethode.

A. v. SOKOLOWSKI.

50) Otto J. Freer. **Die Entfernung adenoider Vegetationen durch die Nase mittels einer neuen Methode. (The removal of adenoids vegetations through the nasal passages by a new method.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Cfr. Verhandlungen der 28. Jahresversammlung der American Laryngological Association.

EMIL MAYER.

51) F. L. Wachenheim. **Späte Secundärblutung nach Entfernung von adenoiden Wucherungen. (Late secondary hemorrhage following the removal of adenoids.)** *N. Y. Medical Journal. 26. October 1907.*

Verf. berichtet über zwei Fälle. Im ersten Fall handelt es sich um eine am

5. Tage nach der Operation auftretende schwere Nachblutung bei einem zum dritten Male operirten Mädchen, die schliesslich durch Anwendung von Adrenalin und Kälte zum Stehen gebracht wurde. In dem zweiten Falle trat die Nachblutung ebenfalls am 5. Tage auf; sie wurde durch locale Application von starkem Essig gestillt. Verf. hält das Adrenalin in solchen Fällen für wirkungslos; viel besser sind Adstringentia, unter denen das empfehlenswertheste Essig ist. Seine Application geschieht am leichtesten von vornher durch die Nase. LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

52) **N. Loewenthal. Bemerkungen über die Glandula submaxillaris des Igels. (Note sur la glande sous-maxillaire du herisson.)** *Bibliographie anatomique. Fasc. 3. T. XVI. S. 167. 1907.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

53) **Joseph S. Gibb. Steine in den Speichelgängen; Bericht über einen Fall. (Calculi in the salivary ducts; report of a case.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

Der Fall, sowie die zur Entfernung des Steins angewandte Technik bieten nichts Besonderes. EMIL MAYER.

54) **Santaló** (Algeciras). **Speichelstein im Wharton'schen Gange. (Cálculo saliver del conducto de Wharton.)** *Boletin de laringologia. No. 40.*

Das Kalkconcrement misst 15 cm in der Länge und 2 cm in der Dicke; die Störungen resultirten aus der Verlegung des Ganges. Schnelle Heilung nach Extraction. TAPIA.

55) **B. Choronshitzky** (Warschau). **Ueber Speichelsteinbildung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 523.*

Entfernung eines schneeweissen, birnförmigen Speichelsteins von 17 mm Länge und 8 mm Breite aus dem Ductus Bartholinianus. Der Stein war der Länge nach durch einen 1 mm weiten Canal durchbohrt. Infolgedessen war der Speichelfluss nicht gestört und die Drüse anatomisch normal. Verf. schliesst aus dem Vorhandensein des axialen Canals, dass der Speichel bei der Bildung des Steins keine Rolle spielt, vielmehr die Ductuswand zur Bildung desselben Anlass giebt. F. KLEMPERER.

56) **Korentschewski. Zur Bakteriologie der Parotitis epidemica. (K bakteriologii epedem. sauschnizi.)** *R. Wratsch. No. 44 u. 45. 1907.*

Die Arbeit ist ausgeführt im Moskauer bakteriologischen Institut und trägt alle Zeichen einer soliden, gewissenhaften Forschung. Durch die vielen Tabellen ist sie zum Referat wenig geeignet. Es seien daher nur einige Schlussfolgerungen angeführt:

1. Aus dem Ductus Stenonianus wird fast immer ein Diplococcus gefunden.
2. Diplococcus von Teissier-Esmein und der des Verf.'s sind miteinander identisch. Sie wurden in 75 Fällen 43mal im Blut gefunden, in den Ausschwitzungen der Drüse in 29 Fällen 21mal.



3. Wenn die Krankheit zu Ende neigt, ist der Diplococcus leichter in der Drüse als im Blute zu finden.

4. In leichten Fällen konnte der Diplococcus im Blute überhaupt nicht gefunden werden.

5. Bei Thieren gelang es nicht, eine ähnliche Krankheit hervorzurufen.

6. In die Drüse gelangt der Erreger von der Mundhöhle aus.

7. Wenn der Diplococcus in grossen Mengen in das Blut geräth, können typhusähnliche Symptome auftreten.

8. Der beschriebene Diplococcus ist als der specifische Erreger der Parotitis epidemica anzusehen.

P. HELLAT.

57) **Denailly. Epitheliom des Unterkiefers. (Epithéliome du maxillaire inférieur.)** *Journal des sciences-médicales de Lille. 24. August 1907.*

Es handelte sich um einen Patienten, der 6 Jahre vorher wegen eines Epithelioms am Mundboden operirt worden war. Ein Recidiv trat auf der Zunge und später am Unterkiefer auf. Es wurde die linke Hälfte des Unterkiefers entfernt. Am nächsten Tage starb Patient an Pneumonie.

BRINDEL.

58) **Lenoir. Narbige Ankylose des Kiefers, hervorgerufen durch einen Fremdkörper. (Ankylose cicatricielle de la mâchoire due à la présence d'un corps étranger.)** *La Clinique. No. 8. 1907.*

Die metallene Spitze eines Regenschirms von 3,5 cm Länge und 1 cm Durchmesser, in deren Innerem noch ein Stück Holz sass, war zwischen Jochbogen und Schläfenbein eingedrungen und da abgebrochen. L. bekam den Patienten 18 Monate später zu Gesicht und entdeckte bei der Untersuchung mit dem Finger vom Munde aus den Fremdkörper, der bis dahin im Verborgenen geblieben. Trotz Entfernung desselben blieb eine Narbenstenose des Kiefers zurück.

BAYER.

59) **Snoeck. Contentivapparat für Unterkieferfractur. (Appareil de contention pour fracture du maxillaire inférieur.)** *Le Belgique méd. No. 43. 1907.*

Beschreibung eines dem von Delair angegebenen ähnlichen Stützapparates, angelegt bei einem 3jährigen Kinde mit einer vollständigen Fractur des Körpers des Unterkiefers zwischen den seitlichen Schneidezähnen und dem linken Eckzahn.

BAYER.

60) **Vallas** (Lyon). **Ueber unmittelbare Prothese nach Resectionen des Unterkiefers. (Sur la prothèse immédiate à la suite des resections de la mâchoire inférieure.)** *Société de Chirurgie. 8. December 1907.*

Um ein gutes Endresultat zu erzielen, ist es nöthig, den M. orbicularis oris zu schonen, damit der continuirliche Speichelfluss vermieden wird; ferner muss genügend Gewebe stehen gelassen werden, um den Apparat zu verdecken. Letzterer soll so construirt sein, dass er keinerlei Dehnung auf die Wundränder ausübt. Ferner muss man die Infection der Mundwunde verhüten; Verf. empfiehlt zu diesem Zweck, den Apparat von zahlreichen Canälen durchlöchern zu lassen und durch diese reichliche und häufige Spülungen vorzunehmen.

GONTIER de la ROCHE.

61) **Santiuste** (Santander). **Chronischer Rachenkatarrh gastrischen Ursprungs. (Catarro cronico de la faringe de origen gastrico.)** *Revista de medicina y cirurgia prácticas. 10. November 1907.*

Verf. hat Fälle beobachtet, in denen Heilung einer Hyperchlorhydrie auch Heilung des Rachenkatarrhs zur Folge hatte. TAPIA.

62) **A. Iwanow. Ueber granulöse Pharyngitis. (O granulesnom faringite.)** *Mitth. der Bazan. Klinik. Bd. 2. S. 61.*

I. untersuchte mikroskopisch die Granula von gewöhnlicher chronischer Pharyngitis und bei Pharyngitis adenoidalis. Die ersteren bestehen hauptsächlich aus entzündlichem, letztere aus hyperplastischem lymphoiden Gewebe. In Bezug auf die Aetiologie sind das auch zwei verschiedene Krankheiten. P. HELLAT.

63) **W. Uffenorde** (Göttingen.) **Ueber Pharyngitis lateralis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 10.*

Verf. bespricht ausführlich die Symptomatologie, Aetiologie, Prognose und Therapie der Affection. Bezüglich der letzteren empfiehlt er zunächst neben diätetischen Maassregeln, Verbot von Rauchen, Bier, scharf gewürzten, zu heissen Speisen etc., einige Tage mit essigsaurer Thonerdelösung gurgeln zu lassen, event. mit 2proc. Chlorzinklösung den Rhinopharynx zu touchiren. Bei ausgesprocheneren Veränderungen ätzt er mit Trichloressigsäure, meist wiederholt in 8tägigen Intervallen. Bei sehr starken Schwellungen kommt die Excision in Frage, für die Verf. die Halle'sche Scheere oder auch als sehr zweckmässig ein gut schneidendes Hartmann'sches Conchotom benutzt. — Zum Schlusse macht Verf. auf die Beziehung der Seitenstrangaffectionen des Rachens zu dem von Boenninghaus kürzlich beschriebenen „sensiblen Reizzustand des oberen und unteren Kehlkopfnerven" aufmerksam, den B. als eine Neuritis laryngea deutet. Verf. hält es für möglich, dass der von B. beschriebene Symptomencomplex oft durch laterale Pharyngitis bedingt ist. F. KLEMPERER.

64) **Baumgarten. Auffallende Pulsation der Pharynxarterien.** *Orvosi Hetilap. No. 52. 1907.*

In einem Falle von Insufficienz und Stenose der Aortenklappen sind die Arteriae pharyngeae ascendentes kleinfingerdick und pulsiren stark.

v. NAVARTIL.

65) **Knoblach** (Rennertshofen). **Ueber einen Fall von Tuberculose des Pharynx.** *Dissert. Erlangen 1905.*

Bei einem 27jährigen Barbier breitete sich die Tuberculose über die ganze Oberfläche der Zungenwurzel, des weichen Gaumens, der Gaumenbögen, der Uvula und des vorderen Theiles des Kehldeckels aus. SEIFERT.

66) **Dénis. Fieberlose Tuberculose der hinteren Mundhöhle und des Rachens. (Tuberculose afébrile de l'arrière-bouche et du pharynx.)** *La Presse Méd. Belge. No. 13. 1907.*

In der Sitzung der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Spitäler vom 9. Februar 1907 stellt D. einen 25jährigen Mann vor ohne hereditäre Antecedentien,

welcher im Alter von 14 Jahren eine Pleuritis durchgemacht hatte und bei dem keine Spur von erworbener oder hereditärer Syphilis zu entdecken ist. Halsschmerzen seit 3 Monaten, besonders beim Schlucken, Rauhigkeit und Husten; keine Hämorrhagie noch erhöhte Temperatur; das Gaumensegel, die Mandeln und der Pharynx sind mit kleinen grauen Erosionen belegt, welche sich auf dem rothen Grund ausbreiten. Die wiederholte Untersuchung des Auswurfs ergab spärliche Koch'sche Bacillen, demnach ohne Zweifel „afebrile Tuberculose“. BAYER.

67) **Goethe Luik. Acutes Oedem des Pharynx nebst Bericht über einen Fall, der schleunige Tracheotomie erforderlich machte. (Acute edema of the pharynx with report of a case requiring rapid tracheotomy.)** *N. Y. Medical Journal. 2. März 1907.*

Die Diagnose wurde mittels des Fingers (?) gestellt; der Kehlkopf wurde nicht untersucht. LEFFERTS.

68) **Candron. Gangrän des Pharynx nach einer Calomeldosis. (Gangrene of pharynx following a dose of calomel.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Juli 1907.*

Ein 62jähriger Patient nahm wegen Obstipation etwas Calomel in einer Kapsel. Patient bekam einen heftigen Hustenanfall, die Kapsel ging auf und ein Theil des Pulvers wurde durch Husten und Exspectoration wieder hervorgebracht. Um die Irritation im Halse zu beseitigen, wurde Milch getrunken. 24 Stunden später klagte Patient über Schluckschmerzen, so dass er nur noch kalte Flüssigkeiten zu sich nehmen konnte. Bei einer nach einigen Tagen vorgenommenen Untersuchung fand man in der Mitte des Pharynx einen grauen Schorf, der von einer gerötheten und etwas geschwollenen Schleimhautzone umgeben war. Es wurde Wasserstoffsuperoxyd applicirt und nach 3 Wochen war der Schorf verschwunden und die Wunde vernarbt. LEFFERTS.

69) **Agrapaa. Prothetische Behandlung der Obstructionen des Pharynx. (Tratamiento protesico de las obstrucciones de la faringe.)** *La Odontologiá. April 1907.*

Beschreibung eines sehr ingeniösen Apparates, der Schlucken, Athmung und Phonation erleichtert. TAPIA.

70) **Q.** und **F. Martin** (Lyon). **Anwendung einer Prothese bei pharyngealen Verwachsungen. (Application de la prothèse dans le cas de symphyse staphylopharyngienne.)** *Congrès de médecine. Paris, 14. April 1907.*

Nach chirurgischer Loslösung der Verwachsungen lassen Verff. den Patienten eine aus Kautschuk gebildete Prothese tragen, die eine an der Leiche genommene Moulage des Nasenrachens darstellt. Sie haben gute Resultate erzielt.

GONTIER de la ROCHE.

d. Diphtherie und Croup.

71) **G. Appiani** (Padua). **Die Behandlung der verschiedenen Localisationen der Diphtherie in den oberen Luftwegen. (La cura delle varie localizzazioni differiche nelle prime vie aeree.)** *VI. Italienischer Congress für Pädiatrie. 2. bis 6. October 1907.*

Verf. bespricht die verschiedenen Methoden der Localbehandlung: das bivalente Sclavo'sche Serum, Wasserstoffsuperoxyd, Löffler'sches Gemisch, Ausspülungen etc. Er hat gefunden, dass abwechselnde Anwendung von Sclavo'schem Serum und Wasserstoffsuperoxyd gute Resultate giebt; bei nekrotischen Formen wirkt besser das Löffler'sche Gemisch und Wasserstoffsuperoxyd.

FINDER.

72) **Freidino** (Tschernigoff). **Beobachtungen über larvirte Diphtherie.** *Dissert. Zürich 1907.*

85 Fälle aus der Kinderklinik von 1900—1905: Schleichende Erkrankung an Angina simplex oder Verdauungsbeschwerden mit geringem Fieber. Dann plötzlich Membranen im Rachen oder Kehlkopfstenose und häufig Exitus. Oft erst bei der Autopsie Stellung der mikroskopischen Diagnose. 21 Fälle traten bald nach abgelaufenem Scharlach auf.

JONQUIÈRE.

73) **Moltschanow. Zur Pathogenese cerebraler Hemiplegie nach Diphtherie im Zusammenhang mit der Theorie der diphtheritischen Thrombosen des Herzens. (A patogenesu zerebralnich gemiplegii poale difterii w swjas s utcheniem o dift. trombose serdza.)** *Med. Obosrenie. 1907.*

Die Mittheilung eines schweren Diphtheriefalles bei einem 10jährigen Mädchen, welches 21000 Einheiten Antidiphtherieserum erhielt, bei dem aber trotzdem Hemiplegie und Tod am 13. Tage eintrat. Es lagen eine Erweichung des linken Linsenkernes, Verstopfung der linken Art. foss. Sylv. und Thrombose im linken Ventrikel vor.

P. HELLAT.

74) **Blay** (Valencia). **Zwei Fälle von diphtherischer Lähmung durch Antidiphtherieserum geheilt. (Dos casos de paralysis difftericas curados por el suero Roux.)** *Revista de medicina y cirurgia prácticas. 14. September 1907.*

Ein 11jähriges und ein 5jähriges Mädchen bekamen nach Diphtherie doppelseitige Gaumensegellähmung, Schwäche der unteren Extremitäten und Strabismus. Alle Erscheinungen verschwanden innerhalb 3 Tagen bei dem einen nach Anwendung von 60, bei dem anderen von 50 ccm Roux'schen Serums.

TAPIA.

75) **A. Montefusco. Ueber Intubation wegen Croup bei Säuglingen. (Sulla intubazione per croup nei bambini poppanti.)** *La Pediatria. Februar 1908.*

Verf. hat 74 Säuglinge unter 10 Monaten an diphtherischem Croup behandelt; von diesen wurde die Intubation nöthig bei 45, von denen 20 (44,4 pCt.) starben. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Intubation bei Säuglingen bietet keine besonderen technischen Schwierigkeiten; die Ernährung geht normal vor sich. Die grössere Sterblichkeit bei in-

tubirten Säuglingen ist nicht der Intubation an sich zuzuschieben, sondern ist die Folge der geringeren Resistenz, die der Säugling der Diphtherieinfection entgegenbringt und der grösseren Häufigkeit der bronchopneumonischen Complicationen in diesem Alter. Diese Erhöhung der Sterblichkeit findet sich übrigens auch bei tracheotomirten Säuglingen. Um einen zu starken Druck der Tuben auf die Gewebe zu vermeiden, empfiehlt es sich, der Serie von O'Dwyer'schen Tuben noch eine kleinere für Kinder unter einem Jahr hinzuzufügen.

FINDER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

76) **Michael Grossmann** (Wien). **Beitrag zur Lehre von der wechselseitigen functionellen Beziehung der Kehlkopfmuskeln untereinander.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 463.*

G. erzielt im Thierexperiment sowohl nach Exstirpation des M. cricothyreoideus, wie nach Durchschneidung des N. laryngeus superior eine Atrophie im Stimmbandmuskel und ebenso nach Durchschneidung des N. recurrens Atrophie des M. cricothyreoideus. Diese Atrophien aber sind nicht auf eine Störung der motorischen Innervation zurückzuführen, sondern erklären sich einfach durch die infolge der gelähmten Muskeln reducirte Arbeitsleistung. „Die Lähmung des einen Kehlkopfnerven ruft im intacten Innervationsgebiete des anderen Nerven constant eine Inactivitätsatrophie hervor."

F. KLEMPERER.

77) **Lesbre** und **Maignon. Ueber die moterische Innervation des Musc. cricothyreoideus. (Sur l'innervation motrice du muscle cryco-thyroidien.)** *Société de Biologie. 18. Januar 1908.*

Verff. gelangen zu dem Schluss, dass die Innervation ausschliesslich vom N. accessorius besorgt wird und dass der Vagus keinen Antheil daran hat.

GONTIER de la ROCHE.

78) **H. Bernhard. Doppelseitige Recurrenslähmung infolge von Aortenaneurysma.** *Dissertation. Leipzig 1905.*

Bei dem von B. beschriebenen Falle hatte das Aneurysma zu einer Lähmung der M. cricoarytaenoidei postici, der M. thyreoarytaenoidei interni und des M. arytaenoideus tranversus geführt; erhalten blieb einzig die Function der M. cricoarytaenoidei laterales. Das Merkwürdige an diesem Befunde und das in der Casuistik wohl einzig dastehende ist nach B. die völlig gleichweit vorgeschrittene Affection beider N. recurrentes. Bis Herbst 1903 konnte der Autor 19 Fälle doppelseitiger Stimmbandlähmung infolge von Aortenaneurysma aus der Literatur zusammenstellen.

OPPIKOFER.

79) **Sedziak. Beiderseitige Recurrenslähmung. (Obustronne porazenie vozwieraczy glosni.)** *Gazeta Lekarska. No. 48, 49. 1907.*

Verf. hat 246 diesbezügliche Fälle aus der Literatur gesammelt worunter 19 eigene. 136 Fälle (5 des Verf.'s) beruhten auf centralen Ursachen, darunter 60 tabetischen, 7 functionellen Ursprungs (Hysterie). Unter den peripheren Ur-

sachen waren: Druck der tracheobronchialen Drüsen (26 Fälle), Trauma, Aneurysma, Unterleibstyphus, Rheumatismus u. a. m. A. v. SOKOLOWSKI.

80) **R. Meyer. Ueber Recurrenslähmung im Kindesalter.** *Dissertation. Leipzig 1906.*

Auf der medicinischen Abtheilung zu Leipzig (Prof. Curschmann) kamen 3 Fälle von Stimmbandlähmung im Kindesalter zur Beobachtung. In den beiden ersten Fällen handelte es sich um eine linksseitige Recurrenslähmung, höchst wahrscheinlich entstanden durch Druck vergrösserter Bronchialdrüsen auf den Recurrens. Bei dem dritten Kinde war eine doppelseitige Posticuslähmung nachweisbar, die Verf. auf ein Conglomerat infiltrirter mediastinaler Lymphdrüsen zurückzuführen geneigt ist. Mittheilung der diesbezüglichen Literatur.

OPPIKOFER.

81) **Roque** und **Charlier** (Lyon). **Cerebrale Lähmung eines Stimmbandes. (Paralysie d'une corde d'origine cérébrale.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 10. December 1907 in Lyon médical. 19. Januar 1908.*

Bei einem herzkranken Alkoholiker bestand eine unvollkommene Lähmung des rechten Stimmbandes; dasselbe stand in Mittellinie und konnte nicht abducirt werden. Bei der Autopsie fand man den Larynx intact, keinerlei mediastinale Compression, was übrigens schon nach der Röntgendurchstrahlung anzunehmen war, dagegen einen Erweichungsherd im Parietallappen. Dieser Herd, am Ende der Fissura Sylvii gelegen, nimmt einen Theil des Lobus parietalis inferior und einen minimalen Theil des Lobus parietalis superior ein. Nach unten erstreckte sich der Herd bis zum Fuss der Fissura parietalis ascendens, nach hinten bis zum Knie. Verff. nehmen an, dass das Centrum für den Kehlkopf in ein respiratorisches und phonatorisches getrennt sei. Da Patient intra vitam nur Erscheinungen von gestörter Athmung gehabt habe, so könne der Sitz der Erkrankung für die Bestimmung des respiratorischen Kehlkopfcentrum in Betracht kommen.

GONTIER de la ROCHE.

82) **Helfond. Fall von linksseitiger Recurrensparalyse durch Bleivergiftung. (Slutschai paralitscha woswratnawo nerwa s lewoi storoni na potschwe otrawlenijii swinzam.)** *R. Wratsch. No. 15. p. 521. 1907.*

Die Paralyse entwickelte sich plötzlich ohne Temperaturerhöhung. Per exclusionem wurde die Diagnose gesichert und danach zur Auffindung der Quelle der Vergiftung geschritten. Patientin ist die Frau eines Künstlers. Man vermuthete also Blei in den Farben. Analyse negativ. Ferner wurde entdeckt, dass sie saure Milch mit Lactobacillin in Thongefässen (Aufschrift: Le Ferment — Paris, 77 Rue Denfert-Rochereau) sich anfertigt. Sie ass täglich 1—2 Portionen (330 g) saure Milch. Eine Heiserkeit stellte sich nach 10 Tagen ein. Die Analyse der Milch ergab, dass jede Portion von 330 g 0,7934 g Blei enthielt. Das Thongefäss selbst enthielt 12,293 g Blei oder 6,46 pCt.

P. HELLAT.

83) **Zimbler** (Dünaburg). **Casuistischer Beitrag zur Lehre der linksseitigen Recurrenslähmung als Folge von Anomalien des Herzens und des Ductus Botalli (resp. Ligamentum Botalli.).** *Dissertation. Basel 1907.*

Sämmtliche 14 beschriebenen Fälle zeigen vollständige Lähmung des Nerv. recurrens sin. Das Stimmband steht unbeweglich in Medianstellung, 1 mal in Cadaverstellung. In den 6 obducirten Fällen war die Ursache der Lähmung 3mal Compression des Nerven zwischen linkem Vorhof und Aorta; 1 mal Einschnürung durch ein abnorm verlaufendes Lig. Botalli, 1 mal Compression zwischen Aorta und Ductus Botalli, 1 mal Compression zwischen Aorta und Art. pulm.

JONQUIÈRE.

84) **Fein. Linksseitige Recurrenslähmung.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 46. 1907.*

Ein Soldat kam mit den Erscheinungen einer Stenose und Insufficienz der Mitralklappen und linksseitiger completter Stimmbandlähmung zur Aufnahme. Radioskopisch wurde eine Herzverbreiterung und eine Erweiterung der Aorta festgestellt. Syphilis vor einem halben Jahre. Unter antiluetischer Behandlung schwanden alle Symptome.

CHIARI.

85) **Lesbre** und **Maignon. Motorische Wirkungen der einseitigen Recurrensreizung auf den Kehlkopf. (Effects moteurs sur le larynx de l'excitation unilatérale du récurrent.)** *Société de Biologie. 25. Januar 1908.*

Die Resultate sind nach den Thierspecies verschieden. So ist die Wirkung eine constrictorische und einseitige bei den Einhufern, beim Rind und Schwein constrictorisch, aber doppelseitig, beim Hund entweder constrictorisch und doppelseitig oder dilatorisch und einseitig.

GONTIER de la ROCHE.

86) **A. Kuttner. Noch einmal zur Recurrensfrage. Antwort auf den Aufsatz des Herrn Grabower: „Zur Recurrensfrage".**

87) **Grabower. Erwiderung.**

88) **A. Kuttner. Schlusswort.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 161, 166 u. 168.*

Controverse über einige strittige Punkte der Recurrensfrage, bezüglich deren eine Einigung beider Autoren nicht zu Stande kommt.

F. KLEMPERER.

89) **G. Avellis** (Frankfurt a. M.). **Neue Fragestellung zur Symptomatologie der Sensibilitätsstörungen im Larynx.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 472.*

A. berichtet über eine klinische Beobachtung von halbseitiger Larynxanästhesie combinirt mit Recurrenslähmung. Der Verlauf des Falles bewies, dass die Anästhesie hysterischen Ursprungs war — sie wurde durch hypnotische Behandlung geheilt — und die Combination mit der organisch bedingten Recurrenslähmung eine zufällige. Dagegen blieb nach Beseitigung der Anästhesie dauernd eine Hypästhesie des ganzen Kehlkopfeingangs zurück. A. constatirt: „Hemianästhesie im Larynx kommt nur bei Hysterie vor. Andere Nervenstörungen im Laryngeus superior oder inferior können totale Sensibilitätsstörungen hervorrufen,

aber keine unilaterale Anästhesie.“ Die Mehrfachsensibilisirung des Kehlkopfs hält er klinisch und experimentell erwiesen; welchen Antheil dabei die einzelnen Nerven an der Sensibilisirung haben, bedarf noch der Erforschung.

F. KLEMPERER.

90) **Lénárt. Ueber Ictus laryngis.** *Budapesti Orvosi Ujság. No. 40. 1907.*

Bei einem 49jährigen Trinker und Raucher traten Anfälle auf, welche mit einem Kitzelgefühl im Kehlkopf und Husten begannen, denen Bewusstlosigkeit sich anschloss: das Bewusstsein wurde in einigen Secunden vollständig frei.

v. NAVRATIL.

91) **Gallavardin** und **Rheuter** (Lyon). **Allgemeiner, wahrscheinlich seniler Tumor nebst Betheiligung der Stimmlippen und des Zwerchfells. (Tremblement généralisé probablement sénile avec participation des cordes vocales et du diaphragme.)** *Lyon médicale. 26. Januar 1908.*

Es bestehen Sprachstörungen diaphragmatischen Ursprungs. Die Sprache ist wie die einer schluchzenden Person. Bei der Untersuchung findet man den Tremor im Wesentlichen auf die Exspiration beschränkt, mit seltenen Erschütterungen des Stimmbandes ausserhalb der Phonation. Die Radiographie erlaubt einen brüsken inspiratorischen Spasmus des Zwerchfells festzustellen mit saccadirtem Exspirium. Die Sprachstörungen scheinen darauf zurückzuführen zu sein.

GONTIER de la ROCHE.

92) **A. Iwanow. Kehlkopferkrankungen bei Syringobulbie. (Saholewaniji gortani pri siringobulbi.)** *Jeshemesjatschnik. No. 2. 1908.*

Das Krankenmaterial I.'s umfasst 35 Fälle mit 28 Erkrankungen des Kehlkopfes; 7 von 28 hatten Recurrensparalyse. Bei den übrigen 21 Kranken wurden verschiedene Combinationen von Paralysen beobachtet. Das Charakteristische dabei ist atypischer Verlauf. Sensibilitätsstörungen konnten in 8 Fällen nachgewiesen werden. Diese war immer bilateral, sogar bei einseitiger Recurrenslähmung. Scheinbar giebt es auch partielle Sensibilitätsstörungen.

P. HELLAT.

93) **A. Martin** (Barcelona). **Vorlesung über das laryngoskopische Bild. (Lectura de la imagen laringoscópica.)** *Revista Barcelonesa de oto-rino-laringologia. No. II.*

Enthält nichts Neues.

TAPIA.

94) **Th. E. ter Kuile** (Enschede, Holland). **Endolaryngoskopie mittelst zweier Kehlkopfspiegel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 544.*

Verf. hat ein Verfahren, wie das 1906 von Gerber publicirte, bereits 1905 angegeben und demonstrirt. Seine Spiegel — Seitenwandspiegel und Hinterwandspiegel — werden in einen Griff geschraubt, welcher ein ganz festes Handhaben und sichere Steuerung möglich macht.

F. KLEMPERER.

95) **Gerber** (Königsberg). **Laryngoscopia subglottica.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 301.*

Nach ausgiebiger Cocainisirung des Aditus laryngis und speciell der Stimm-

bänder führt G. mit der linken Hand einen gewöhnlichen Kehlkopfspiegel in der üblichen Weise ein, darauf mit der rechten einen besonderen kleinen Spiegel zunächst bis zur Glottis und während einer tiefen Inspiration durch die Glottis hindurch. Unter Verschiebungen des subglottischen Spiegels in sagittaler und frontater Richtung sucht er die Unterfläche der Stimmbänder ab. F. KLEMPERER.

96) **Finder** (Berlin). **Kehlkopfuntersuchung und einige hauptsächliche Kehlkopfkrankheiten bei Kindern.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 45. 1906.*

Von dem für den practischen Arzt berechneten Aufsatz sei hervorgehoben die Empfehlung der autoskopischen Untersuchungsmethoden des kindlichen Kehlkopfes.

Der Verf. vertritt die Ansicht, dass Veränderungen der Epiglottis (Seitenrollungen der Ränder, Schlaffheit des Kehlkopfeingangs) den ungefährlichen congenitalen Larynxstridor bewirken.

Die chronische Laryngitis im Kindesalter tritt als Laryngitis tuberosa oder nodosa auf, ist schwer therapeutisch zu beeinflussen, verschwindet meist gegen Eintritt der Pubertät. Tuberculose spielt im Kindesalter bei Entstehung von isolirter chronischer Laryngitis keine Rolle.

Als Therapie der Kehlkopfpapillome wird die endolaryngeale Methode der Entfernung empfohlen. ALBANUS (ZARNIKO).

97) **Perez Moreno** (Madrid). **Fremdkörper des Kehlkopfs. (Curpos estranes de la laringe.)** *Revista de especialidades médicas. Januar 1907.*

Für das allgemeine ärztliche Publicum berechneter, dem Specialisten nichts Neues bietender Artikel. TAPIA.

98) **Reyot** und **Joicon. Fremdkörper des Kehlkopfs bei einem 22 Monate alten Kinde. (Corps étranger du larynx chez un enfant de 22 mois.)** *Gazette médicale de Nantes. No. 7. 16. Februar 1907.*

Es handelte sich um ein Rebhuhnknöchelchen. Das Kind musste wegen eines Suffocationsanfalls tracheotomirt werden. Vor der Tracheotomie waren vom Hausarzte und nach ihr von dem Verf. verschiedene Versuche gemacht worden, den Fremdkörper zu extrahiren. Es gelang dies erst am Abend in Chloroform-Narkose. Das Kind starb am folgenden Tage an Bronchopneumonie. BRINDEL.

99) **Sylvan Rosenheim. Ein Fremdkörper, der 2 Jahre lang im Kehlkopf sass. Thyreotomie. Heilung. (A case of foreign body in the larynx for two years. Thyrotomy. Recovery.)** *The Laryngoscope. Juni 1907.*

Der Fall ist interessant aus zwei Gründen: erstens wegen der Toleranz des Kehlkopfes und zweitens wegen des vollkommenen Operationsresultates. Vom Augenblick an, wo der Patient den Fremdkörper — einen Schuhknopf — verschluckt hatte, war er unfähig, anders als flüsternd zu sprechen. Er spricht jetzt deutlich; die Stimme ist nur noch belegt. EMIL MAYER.

100) **Max Senator** (Berlin). **Die Tracheoskopie und Bronchoskopie.** *Berliner Klinik. December 1907.*

Eine den practischen Arzt orientirende Abhandlung über diese Untersuchungs-

methoden, deren Ausführung, diagnostische und therapeutische Bedeutung in klarer Weise besprochen wird.

A. ROSENBERG.

101) **D. Tanturri. Tracheoscopia directa superier. (Tracheoscopia diretta superiore.)** *La pratica oto-rino-laringoiatrica. December 1907.*

Im Anschluss an einen Fall von chronischer Tracheostenose seiner Beobachtung räth Verf., sich bei jeder Tracheoskopie für die eventuelle Nothwendigkeit einer sofort vorzunehmenden Tracheotomie oder Intubation vorzubereiten.

FINDER.

102) **Chevalier Jackson. Instrumente zur Bronchoskopie und Oesophagoskopie. (Instrumental aids to bronchoscopy and esophagoscopy.)** *The Laryngoscope Juni 1907.*

Die Instrumente sind: Eine Modification des Sicherheitsnadelschliessers von Mosher; eine Zange, ein Kehlkopfmesser, ferner ein Röhrenspeculum. Der Aufsatz ist illustrirt.

EMIL MAYER.

103) **Guisez** (Paris). **Modificationen und Verbesserungen in der Technik und Indication der Bronchoskopie und Oesophagoskopie. (Modifications et perfectionnements apportés à la technique et à l'indicatien de la bronchoscopie et de l'oesophagoscopie.)** *Presse médicale. No. 71. 4. September 1907.*

An den Tuben ist ein Trichter angeschraubt, der es gestattet, zur Beleuchtung den gewöhnlichen Clar'schen Spiegel zu benutzen. Der Mandrin ist dadurch verbessert, dass seine Spitze aus Gummi gefertigt ist, ferner gehört zu dem Instrumentarium ein modificirtes Oesophagotom etc. Verf. vermeidet mehr und mehr alle vorbereitenden Eingriffe an der Trachea und dem Pharynx und wendet sich dagegen, daraus eine Methode zu machen.

GONTIER de la ROCHE.

104) **Jaboulay. Tracheotomiecanüle, in den rechten Bronchus gefallen. (Canule à trachéotomie tombée dans la bronche droite.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. XI. 1906.*

Der 59jährige Patient, der seit 4 Jahren tracheotomirt ist, hatte niemals seine Canüle wechseln lassen. Diese zerbricht und fällt in die Trachea. Kein Erstickungsanfall. Am folgenden Tage war jedoch Fieber von 30° vorhanden und man constatirt, dass die rechte Lunge nicht athmet. Die Radiographie zeigt den Fremdkörper sehr deutlich. J. erweitert die Tracheotomiewunde und macht blindlings Extractionsversuche mit der Zange, ohne Resultat. Er eröffnet unter Resection eines Stückes der 3. Rippe den Thorax, incidirt die Pleura parietalis (Pneumothorax) und versucht, den Fremdkörper in die Trachea zu drängen, während die Zange in diese eingeführt ist. Auch dieser Versuch misslingt. Naht der Pleura. Acht Tage darauf schwankt die Temperatur zwischen 38 und 39°; Puls 100. Der Exitus schien unmittelbar bevorstehend; J. ersuchte Garel, die Bronchoskopie vorzunehmen, und diesem gelang es beim ersten Versuch, den Fremdkörper zu extrahiren. Patient hatte jedoch bereits eine Bronchopneumonie, der er 12 Tage später erlag.

BRINDEL.

105) **Guisez** (Paris). **Geschichte eines im Bronchus eingeschlossenen Dattelkerns, sowie eines Gebisses im Oesophagus. Extraction mittels Bronchoskopie und Oesophogoskopie. Heilung. (Histoires d'un noyau de datte inclus dans la bronche et d'un dentier dans l'oesophage. Extraction grâce à la Bronchoscopie et à l'Oesophagoscopie. Guérison.)** *Journal des Praticiens. 29. Januar 1907.*

Der Titel besagt genug über den Inhalt. GONTIER de la ROCHE.

106) **Secord. H. Large. Fremdkörper des rechten Bronchus durch Bronchoskopie entfernt. (Foreign body of right bronchus removed by aid of Bronchoscope.)** *Cleveland Medical Journal. März 1907.*

Der 28jährige Patient hatte eine Erdnuss (pea-nut) aspirirt. Zwei Tage später wurde der Fremdkörper mit Hülfe des Bronchoskops in vier Stücken entfernt.

EMIL MAYER.

107) **Vignard** und **Sargnon. Eine Haarnadel wahrscheinlich an der Uebergangsstelle der Trachea in dem rechten Bronchus festsitzend. (Epingle intrathoracique arrêtée probablement au niveau de la jonction de la bronche droite et de la trachée.)** *Lyon médical. 14. April 1907.*

Es handelt sich um ein 9jähriges Kind. Die Radiographie zeigte die Nadel in Höhe des 3. und 4. Rückenwirbels rechts von der Wirbelsäule. Die Nadel war mittelst der unteren Tracheo-Bronchoskopie, ebenso der Oesophagoskopie unauffindbar. Verff. glauben, dass sie in die Digestionsorgane hineingewandert sei.

BRINDEL.

108) **Botey** (Barcelona). **Eine ohne Einkeilung im rechten Bronchus sitzende Nuss. Extraction mittels Tracheotomie. (Pruón alogado sin enclavamiento en el bronquio devedio. Extraccion por traqueotomia.)** *Archivos de rinilogia etc. Juli-August 1907.*

Im Anschluss an seinen Fall stellt Verf. zwei Behauptungen auf:

1. Fremdkörper, die fest eingekeilt sind in einen Bronchus, rufen niemals Erstickungsanfälle hervor, sondern vielmehr continuirliche, mehr oder minder starke Dyspnoe.

2. Zeigt der Patient, der einen Fremdkörper aspirirt hat, Erstickungsanfälle, so kann man sicher sein, dass der Fremdkörper nicht eingekeilt ist; er macht Bewegungen vom Bronchus zum Kehlkopf oder umgekehrt.

Im ersteren Fall muss man die Bronchoskopie machen, im zweiten die Tracheotomie. TAPIA.

109) **R. B. Duncan** (Victoria). **Eine Kugel im rechten Bronchus. Operation. Heilung. (A bullet in the right bronchus; operation; recovery.)** *Intercolonial Medical Gazette. 20. September 1907.*

Ein 7jähriger Knabe trug eine Revolverkugel 22 Tage im rechten Bronchus, bevor ein Eingriff zur Entfernung vorgenommen werden konnte. Eine Roentgenphotographie zeigte deutlich die Lage in Höhe der 5. Rippe. Es wurde ein pferdehufförmiger Lappenschnitt zwischen der rechten Scapula und der Wirbelsäule an-

gelegt, die 5. bis 8. Rippe durchtrennt und nach aussen gebogen. Die Lunge wurde nach aussen gezogen und vergebens versucht, den Fremdkörper zu palpiren. Es wurde dadurch entdeckt, dass man eine stumpfe Nadel in die Lunge einstach; es wurde dann eine Incision durch das Lungengewebe und den Bronchus gemacht und die Kugel mit einer Zange extrahirt.

A. J. BRADY.

110) **Marschik. Fremdkörper des rechten Hauptbronchus.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Aus der Klinik Chiari.) *Wiener klin. Wochenschrift. No. 46. 1907.*

Eine im subglottischen Raume eines Kindes befindliche Fischgräte fiel bei den Extractionsversuchen in den Bronchus und konnte von dort auf bronchoskopischem Wege mühelos entfernt werden. Einige Bemerkungen zur Indication der Tracheotomie bei Kindern.

CHIARI.

111) **O. Chiari. Fremdkörper im Bronchus.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 50. 1907.*

Demonstration einer weissen Bohne von 20 mm Länge, 9 mm Breite, 6 mm Dicke, welche Chiari mittelst der unteren direkten Bronchoskopie bei einem 8 Monate alten Kinde entfernt hat. Da das dünnste Rohr von 7 mm durch die Stimmritze nicht hindurchgeführt werden konnte, wurde die tiefe Tracheotomie gemacht. Von hier aus gelang die Entfernung nach Einstellung des Fremdkörpers mit obigem Rohre. Interessant ist das Grössenverhältniss des Fremdkörpers und der Trachea (5 mm), deren Wandung jedenfalls entsprechend gedehnt werden konnte.

CHIARI.

112) **Henrici** (Aachen). **Ein bronchoskopischer Fremdkörperfall.** *Fraenkels Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 375.*

Extraction eines Knochenstückes von 1,4 cm Länge und 0,4 cm Breite aus dem linken Hauptbronchus einer 62jährigen Patientin nach 4 Monate langem Verweilen. Die Extraction gelang, nachdem ein 30 cm langes Rohr versagt hatte, mittelst eines 5 cm längeren Rohrs, das durch den Kehlkopf eingeführt wurde (Bronchoscopia superior) und zwar 31 cm tief; zur Erleichterung der Durchführung durch die Glottis war das Rohr vorn abgeschrägt worden.

F. KLEMPERER.

113) **Doberauer. Fremdkörper im Bronchus.** (Wissensch. Gesellsch. deutscher Aerzte in Böhmen.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 44. 1907.*

Mittelst Bronchoskopie konnte ein Stück einer Gebissplatte im linken Bronchus gesehen und von dort extrahirt werden.

CHIARI.

114) **Carlau** (Kiel). **Entfernung eines Fremdkörpers aus dem linken Bronchus.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 40. 1907.*

Eine 3 cm lange Bleistifthülse — das beigegebene Röntgenbild giebt den Sitz des Fremdkörpers wieder — wurde nach vorheriger Tracheotomie vermittelst des von Helferich angegebenen Instrumentes (biegsame Metallröhre mit dünnem, aufblasbarem Gummifinger) aus dem linken Bronchus eines 8jährigen Knaben entfernt. Dieses Helferich'sche Instrument — es ist gleichfalls in der Arbeit ab-

gebildet — das als Nothbehelf zweifellos Berechtigung besitzt, sollte aber auch nur als Ausnahme Anwendung finden in einer Zeit, in der wir durch den Ausbau der Killian'schen Bronchoskopie in der Lage sind, die Fremdkörper aus den tieferen Luftwegen unter Controlle des Auges in schonendster Weise zu entfernen. Hier sollte man den Patienten durch ein Arbeiten im Dunkeln nicht der Gefahr einer Complication aussetzen. Besitzt man nicht das Instrumentarium oder die nöthige Technik, so überweise man den Patienten der zuständigen Stelle, die in einer Universitätsstadt wie Kiel vorhanden sein muss und auch jedenfalls vorhanden ist.

HECHT.

115) **Nicolai Schiödte** (Kopenhagen). **Fremdkörper in den Lungen. (Fremmede Legemer i Lungerne.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 38 u. 40. 1907.*

Die pathologischen Wirkungen von Fremdkörpern in den Lungen sind sehr verschieden und treten unzweifelhaft nach kürzerer oder längerer Zeit ein. Das Material umfasst sechs Fälle, in denen die Fremdkörper sich bis zu 3 Monaten in diesen Organen befunden hatten, bis sie entfernt wurden oder den Tod herbeiführten. Sie bewirkten Bronchitis, Bronchiectasia, Pleuritis, Pneumonie, Abscess, Gangrän, Empyem und Pyopneumothorax. In einem Falle war die Aspiration einer Zahnwurzel in der Narkose geschehen, und die Krankheitssymptome wurden mit Tuberculose verwechselt, bis der Zustand sich plötzlich verschlimmerte und in Gangrän überging. Bei der Obduction zeigte sich, dass die Zahnwurzel in dem 2. Seitenast des Bronchus fest eingekeilt war. In einem anderen Falle aspirirte der Patient einen Zahnstummel unter einer Mundoperation in der Narkose wegen Stomatitis, die sofort diffuse Gangrän verursachte und den Tod herbeiführte. In einem dritten Falle stellte sich eine heftige Hämoptysis ein, die durch ein Knochenstück veranlasst war, das 2 Monate vorher bei einer Mittagsmahlzeit verschluckt war. In den übrigen Fällen war der Fremdkörper eine französische Bohne, die aufquoll und den Hauptbronchus sperrte, und Pflaumensteine. Man muss stets an einen aspirirten Fremdkörper denken, da es für den Patienten verhängnissvoll werden kann, wenn er nicht möglichst bald diagnosticirt wird. Die stethoskopische Diagnose ist in vielen Fällen sicher und muss durch Röntgenuntersuchung ergänzt werden; aber viele Körper sind auf den Röntgenbildern nicht zu erkennen, besonders diejenigen nicht, deren molekuläres Gewicht den Weichtheilen des menschlichen Körpers entspricht und ausserdem einzelne andere, wie z. B. Pflaumensteine.

Die Bronchoskopie nach Killian ist von E. Schmiegelow in einem Falle angewendet und gab eine exacte Diagnose. Diese Methode bedeutet in diagnostischer Hinsicht eine erhebliche Verbesserung und sollte in allen Fällen Anwendung finden, wo man einen Fremdkörper vermuthet, da diese entfernt werden müssen, bevor sie zu den oben genannten Zuständen geführt haben. — Auch in therapeutischer Beziehung ist die Methode ausgezeichnet, und sie wird nach und nach die Tracheotomie verdrängen.

(AUTOREFERAT) E. SCHMIEGELOW.

f. Schilddrüse.

116) **Lieber. Angeborene Struma.** (Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 52. 1907.*

Die Struma führte zur Asphyxie des Säuglings. In der Discussion erwähnte Escherich, dass in diesen Fällen das Anlegen einer Eiskravatte die beste Therapie ist.

CHIARI.

117) **Borowsky. Die functionelle Hypertrophie der Aufpfropfungen der Schilddrüsen. (De l'hypertrophie fonctionelle des greffes thyreoidiennes.)** *Dissert. Genf 1906/7.*

Alle Pfropfungen in das subcutane Gewebe bei Ratten sind positiv ausgefallen. Je nachdem den Thieren ihre eigene Schilddrüse mehr oder weniger entfernt worden war, entwickelten sich die Pfröpfe mehr oder weniger, und zwar direct proportional dem Grade jener Exstirpation.

JONQUIÈRE.

118) **Milewski. Die Pathologie der Schilddrüse. (K patologii schtschitawidnei shelesi.)** *R. Wratsch. No. 1. p. 26. 1908.*

M. untersuchte 100 Schilddrüsen von an acuten Krankheiten Verstorbenen (Typhus, fibrinöse Pneumonie), 20 normale Schilddrüsen und 16 Parathyreoidaldrüsen. Es erweist sich, dass die Drüse folgende Veränderungen erleidet: Das Epithel ist geschwellt und getrübt, parenchymatöse Hyperplasie. Das Colloid ist verflüssigt und verringert. In den Gefässen und in der Struma keine Veränderungen. Epithelkörperchen wenig verändert, trübe Schwellung.

P. HELLAT.

119) **Carl Eggers** und **J. W. Draper Maury. Beobachtungen über eine Form von beim Hunde vorkommendem Morbus Basedow. (Observations upon a form of exophthalmic goitre occuring in a dog.)** *Annals of Surgery. October 1907.*

Der Titel enthält den Inhalt.

EMIL MAYER.

120) **Taubmann** (Moskau). **Ueber Morbus Basedowi im Kindesalter.** *Inaug.-Dissert. Basel 1906/07.*

Nichts Neues. Richtigerweise hebt Verf. hervor, dass die Operation als Behandlung der Krankheit mehr in den Vordergrund tritt. Die Kropfexstirpation soll namentlich wirkam sein, wenn sie unter Lokalanästhesie, also nicht in Allgemeinnarkose ausgeübt wird.

JONQUIÈRE.

121) **Alfred Stengel. Die Diagnose und medicamentöse Behandlung von Morbus Basedow und Hyperthyreoidismus. (The diagnosis and medical treatment of Graves disease and hyperthyroidism.)** *Pennsylvania Medical Journal. 2. December 1907.*

Verf. kommt zu folgenden allgemeinen Schlüssen: Der Symptomencomplex des Hyperthyreoidismus, der sich am charakteristischsten in den typischen Fällen

von Morbus Basedow findet, begleitet oft auch leichte und transitorische Schilddrüsenschwellungen oder andere pathologische Veränderungen der Drüse. Obwohl diese Fälle sich von der gewöhnlichen Basedow'schen Krankheit in ihrem klinischen Verlauf und in ihrer Prognose unterscheiden und von ihr durch eine exacte Diagnose durchaus zu trennen sind, müssen sie doch unter dem gemeinsamen Gesichtspunkt des Hyperthyreoidismus betrachtet werden, weil in jedem Fall ein allmählicher Uebergang und Ausgang in eine schwere Form möglich ist. Der Hyperthyreoidismus ist auf eine vermehrte und vielleicht perverse Secretion der Drüse zurückzuführen und gefördert durch vermehrte Vascularisation der Drüse und Hypertrophie der secretorischen Gebilde. Therapeutische Methoden, die bezwecken, die Vascularisation zu reduciren oder die Secretion auf functionellem Wege oder durch active Zerstörung der Drüsensubstanz zu beschränken, müssten mit Aussicht auf Erfolg in Angriff genommen werden. Allgemeine diätetische und hygienische Maassnahmen bessern leichte Fälle und mildern oft die Symptome in schwereren Fällen. Arsen und Eisen, Digitalis, Strophantus und Convallaria, Atropin, Ergotin und schwache faradische Ströme können mit Erfolg angewandt werden; in manchen Fällen werden gute Resultate durch Thyreoidin erzielt.

EMIL MAYER.

122) **Albert Kocher. Chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (Surgical treatment of ophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 15. Juni 1907.*

Verf. stützt sich auf 3460 von seinem Vater und ihm selbst operirte Fälle von Struma; unter diesen handelte es sich 315 mal um Basedow'sche Krankheit. Die Resultate waren derart, dass eine Aenderung der Methode nicht angebracht erscheint. Die Sympathicusresection hält Verf. für nutzlos. Bei den letzten 91 Operationen war kein Todesfall zu verzeichnen; vorher betrug die Mortalität auch nur $3^1/_2$ pCt. Der Operation soll eine sorgfältige Herzuntersuchung vorausgehen, besonders soll festgestellt werden, ob die bestehende Vergrösserung des Herzens compensatorisch oder dilatorisch ist. Auch ist von grosser Wichtigkeit, den Blutdruck festzustellen. Ferner muss genau der Grad der Intoxication in Erwägung gezogen werden. Ein anderer sehr wichtiger, erst neuerdings beobachteter Punkt ist die Untersuchung des Blutes. In seinen letzten 58 Fällen war eine ausgesprochene Zunahme der Lymphocyten und eine Abnahme der polynucleären Zellen zu constatiren. Die Zahl der Leukocyten selbst war normal, während die Zunahme der Lymphocyten dem Grade der Erkrankung proportional war. Bis jetzt ist nichts bekannt, was als Erklärung für diese Lymphocytose dienen könnte. Sie erklärt die Gefahr der geringfügigsten Infection in diesen Fällen. Was den Erfolg der Operation anbelangt, so nehmen die Symptome oft nach derselben zu; dies ist zum Theil auf die Blutung, zum Theil auf den der Drüse zugefügten Insult zurückzuführen. 83 pCt. der Fälle wurden geheilt und von diesen sind einige 17 Jahre lang ohne Recidiv. Am längsten dauert es, bis die Symptome von seiten des Herzens und der Augen verschwinden. Was die Technik anbetrifft, so sagt Verf., es sollen nie mehr als zwei Arterien auf einmal unterbunden werden. Es soll nie mehr als die Hälfte der Drüse entfernt werden; es sei denn aus besonderen Gründen.

LEFFERTS.

123) **J. P. Sawyer. Unvollkommene Formen von Morbus Basedow in Beziehung zu gastrointestinalen Störungen. (Incomplete forms of exophthalmic goiter in relation to gastrointestinal disorders.)** *N. Y. Medical Record. 3. August 1907.*

Gastrointestinale Störungen hängen eng mit den vasomotorischen Verhältnissen zusammen; diese wieder sind deutlich beeinflusst durch den Hyperthyreoidismus, der bei Morbus Basedow vorhanden ist. Hyperthyreoidismus besteht in vielen Fällen, in denen die sogenannten „Cardinalsymptome" nicht vorhanden sind. Genaue Untersuchung ergiebt oft vasomotorische Störungen in Folge Hyperthyreoidismus in Fällen, die sonst nicht den Verdacht auf Morbus Basedow erwecken. Therapeutische Maassnahmen gegen die gastrointestinalen Störungen können also eine werthvolle Unterstützung finden durch Verordnungen, die auf Erkennung einer „forme fruste" des Basedow basiren und zu denen auch z. B. Antithyreoidin Moebius gehört.

LEFFERTS.

124) **W. G. Mac Callum. Pathologie der Basedow'schen Krankheit. (Pathology of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Record. 15. Juni 1907.*

Verf. zählt die groben Veränderungen, die sich an der Schilddrüse finden, folgendermaassen auf: Nicht immer sehr erhebliche Vergrösserung der Drüse; eine gewöhnlich ausgesprochene und sehr charakteristische Dilatation der Venen; das Innere des Tumors ist nicht charakteristisch, er hat an Elasticität verloren, die Farbe ist von einem opaken Grau; die Menge des Colloid schwankt, ist jedoch in charakteristischer Weise verringert, und zwar wird es ersetzt durch ein feines Netzwerk von fibrösem Gewebe. Die Acini sind mit charakteristischem hohen Cylinderepithel an Stelle der normalen platten Zellen bekleidet. Mitotische Figuren sind häufig. Adenome, die sich in diesen Drüsen gleichzeitig mit dem Morbus Basedow finden, sind nicht selten. Die Thymusdrüse war gewöhnlich erheblich vergrössert. In 16 Fällen wurden die Parathyreoiddrüsen untersucht und normal gefunden. In den 2 oder 3 Fällen, in denen das sympathische Nervensystem untersucht wurde, fand man es normal.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

125) **Lateiner. Angeborene Atresie des Oesophagus und Communication desselben mit der Trachea.** (Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 52. 1907.*

Die Obduction des 3 Tage alten Kindes ergab, dass die Speiseröhre im oberen Antheile (die Schlundsonde konnte in vivo nur 8 cm tief eingeführt werden) sackförmig verschlossen war, an der Bifurcationsstelle communicirte die Trachea mit dem unteren Theile des Oesophagus, der normal in den Magen mündete. Es bestanden auch anderweitige Missbildungen.

HANSZEL-CHIARI.

126) **Gustav Killian. Der Mund des Oesophagus. (The mouth of the esophagus.)** *The Laryngoscope. Juni 1907.*

Verf. macht auf eine Anzahl von Thatsachen aufmerksam, die dafür sprechen, dass am Munde der Speiseröhre sich ein constrictorischer Mechanismus befindet,

ähnlich wie beim Eingang in den Magen. Dahin gehört erstens, dass Stricturen nach Aetzwirkungen meist an dieser Stelle sich localisiren, weil möglicherweise die verschluckte Aetzflüssigkeit infolge der Contraction hier auf ein Hinderniss stösst. Ferner ist hier ein Lieblingssitz für Fremdkörper, weil sie durch die Contraction des Sphincters dort eingeklemmt werden. Die Dilatation des Oesophagus, die sich nach Spasmen der Cardia bildet, lässt sich gleichfalls besser erklären, wenn man bedenkt, dass der Bissen zwischen zwei Sphincteren comprimirt wird. Die Untersuchung der Musculatur bei den Pulsationsdivertikeln der Speiseröhre, die ja eigentlich nicht der Speiseröhre, sondern dem Hypopharynx angehören, stützt die Annahmen Killian's.

EMIL MAYER.

127) **Joliat** (Bern). **Beitrag zur Pathologie der Speiseröhre. (Contribution à la pathologie de l'oesophage.)** *Dissert. Lausanne 1907.*

Ein Fall von phlegmonöser Oesophagitis et Perioesophagitis; endet durch Selbstmord. 65jähriger Mann, mit zunehmenden Schluckbeschwerden, sehr hohes Fieber. Die Ergebnisse der Autopsie sind werth nachgelesen zu werden.

Der zweite Fall: Melanosarcom eines 62jährigen Mannes, in der mittleren Höhe des Speiserohrs. Geringe Schluckhindernisse. Die Autopsie klärte die Causalität des Falles nicht ganz auf. Doch hält Verf. eine Invasion chromatophorer Zellen, welche sich in der Schleimhaut des Anus normal vorfinden, für die annehmbarste Hypothese.

JONQUIÈRE.

128) **H. Evert. Tuberculse des Oesophagus.** *Dissert. Berlin 1905.*

Ein Phthisiker macht einen Selbstmordversuch und trinkt ca. 25 ccm rauchender Salzsäure; im Anschluss an diese schwere Epithelschädigung Inoculationstuberculose des Oesophagus. E. konnte 30 Krankengeschichten von Oesophagustuberculose — die Diagnose wurde durchweg erst auf dem Sectionstisch gestellt — aus der Literatur sammeln; 7 von diesen 30 Fällen sind nicht einwandsfrei, da die mikroskopische Untersuchung fehlt oder der histologische Befund nicht vollständig sicher für Tuberculose sprach.

OPPIKOFER.

129) **H. von Schrötter** (Wien). **Ueber eine seltene Form von Tuberculose der Speiseröhre.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 38. 1907.*

Strictur der Speiseröhre unterhalb der Bifurcation auf tuberculöser Grundlage lange bevor manifeste Veränderungen der Lungen auftraten. Der Verlauf der Stenosirung konnte auf endoskopischem Wege klinisch verfolgt werden. Die Infection erfolgte auf embolischem Wege. Pat. erkrankte ohne dass ein periösophagealer Indurationsprocess vorausgegangen war. Es kam zu einer ausgedehnten Schwielenstrictur der Speiseröhre, wie solche bei Laugenverätzungen beobachtet werden. Auch in Fällen tuberculöser Strictur des Oesophagus kann bougirt werden, ohne dass es zu ulcerösem Zerfall kommt.

CHIARI.

IV. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Chevalier Jackson** M. D. (Pittsbury, Pennsylvania). **Tracheo-Bronchoskopie, Oesophagoskopie und Gastroskopie.** 200 Octavseiten mit 83 Illustrationen und 5 Farbendrucktafeln. Preis geb. M. 17. The Laryngoscope & Co. Verlag. St. Louis, Mo.

Vorliegendes Buch stellt das erste in englischer Sprache erschienene Buch über dies neue und wichtige Gebiet dar. Der Verfasser hat die Empfindung, dass die Zeit gekommen ist, dass nicht nur der Beruf, sondern auch das Publicum an jeden Laryngologen die Anforderung stellt, Fremdkörper aus der Trachea, den Bronchien, dem Oesophagus und Magen entfernen zu können. Wir sind heute dahin gekommen, es als Tappen im Dunkeln zu betrachten, wenn wir erkrankte Organe — besonders wo es sich um chronische Affectionen handelt — behandeln, ohne sie sehen zu können und das ist nur bei solchen Organen zulässig, die nicht mit Sicherheit untersucht werden können. Gegenwärtig stellen die in den Zeitschriften zerstreuten casuistischen Beiträge die einzige brauchbare Information über diesen Gegenstand in englischer Sprache dar. Jedoch enthalten diese Berichte keine Daten, nach denen der Student, der lernen will, wie er vorzugehen hat, sich richten könnte. Diese Information zu geben, ist Zweck vorliegenden Buches; es bildet den Vorläufer zu einem ausführlichen Werk, das der Verfasser in Vorbereitung hat. Das Anfangskapitel bildet eine historische Zusammenfassung über den ganzen Gegenstand, wobei nur einige der wichtigsten Daten gegeben werden und der Leser auf das beigegebene „fast vollständige bibliographische Verzeichniss" verwiesen wird. Letztere Bemerkung kann Referent nur mit Einschränkung gelten lassen; denn eine Anzahl von Artikeln über diesen wichtigen Gegenstand sind übergangen und es finden sich in der Liste, die vollständig aus v. Schroetter's Buch entnommen ist, mehrere Errata. Referent hat jedoch vom Verf. die Zusicherung erhalten, dass in dem zu erwartenden Buch und in den folgenden Auflagen genaue Verbesserungen und Zusätze gemacht werden sollen.

Verf. hat ein Bronchoskop und Gastroskop mit der Lichtquelle am distalen Ende des Rohrs angegeben und hat einen Drainagecanal an dem Rohr angebracht, so dass dieses durch Saugwirkung ständig frei von Sekret gehalten werden kann, ohne dass man der zeitraubenden und gefährlichen Anwendung der Wattetupfer bedarf. Gegen die so angebrachte Lichtquelle lässt sich der Einwand erheben, dass sie sehr schnell mit Blut und Sekret bedeckt und so in ihrem Nutzen erheblich eingeschränkt wird und ferner, dass das an sich enge Lumen des Rohrs dadurch noch mehr verengt wird. Für Aerzte, die, wie die Laryngologen, gewohnt sind, in engen Höhlen zu operiren, ist die Anbringung der Lichtquelle an der Stirn oder noch besser in der Hand, die ideale. Unter den anderen bekannten Instrumenten werden Mosher's und des Verfassers ingeniöse Sicherheitsnadelöffner beschrieben.

Der beste Theil des Kapitels über das Erlernen der Technik behandelt die Handhabung des Lichtes; es wird gerathen, entweder am Phantom oder am Hunde zu üben und daneben möglichst oft die Trachea oder Speiseröhre von Patienten zu untersuchen, deren Klagen auf diese Organe bezogen werden könnten. Verf.

bevorzugt für die Bronchoskopie die liegende Position; er räth, solche Patienten, die zu dyspnoisch dazu sind, vorher zu tracheotomiren. Der wichtigste Punkt beim Bronchoskopiren liegt im Niederhalten der Epiglottis mittels des Spatels; der grösste Fehler besteht darin, die oberen Zähne als Stützpunkt zu gebrauchen, um den Mund offen zu sperren, sowie darin, dass man den Spatel zu tief einführt.

Auf die Herrichtung des Operationsraums, die Stellung von Patienten, Operateuren und Assistenten wird mit genauen und bestimmten Detailangaben eingegangen. Verf. findet, dass die Untersuchung der Bronchien durchaus in Cocainanästhesie ausführbar ist, besonders wenn eine grosse Morphiumdosis gegeben ist, gleichzeitig warnt er jedoch vor dem Gebrauch des letzteren, da er den Reflexhusten, der bei der Untersuchung der Trachea ein so wesentliches Schutzmittel darstelle, unterdrücke. Wenn, was Verf. bevorzugt, Chloroform gegeben wird, so soll trotzdem der Kehlkopf noch mit 20proc. Cocainlösung bepinselt werden. Auch ist die vorherige Anwendung von Atropin anzurathen, um die Secretion zu beschränken. Alle Röhren sollen mittels Vaselin schlüpfrig gemacht werden.

Sollte die Tracheotomie nothwendig werden, so soll der Patient während der Operation nur 12 Stunden lang hinterher in einer halben Trendelenburg'schen Lage gehalten werden, die Tracheotomiewunde soll nicht genäht werden, ausser im oberen und unteren Winkel und die Trachealcanüle soll, wenn möglich, entfernt werden, bevor der Patient die feuchtwarme Luft des Operationsraumes verlässt.

Die directe Laryngoskopie ist von grösstem Werth bei der Diagnose maligner Erkrankungen; thatsächlich wird die Diagnose aller Kehlkopfkrankheiten, mit Ausnahme der Lähmungen durch sie erheblich erleichtert. Papillome bei Erwachsenen können leicht in einer Sitzung entfernt werden, während bei Kindern mehrere Sitzungen nöthig sein können. In einem Fall, der ein 4jähriges Mädchen betraf, hat Verf. die Papillome in 20 Sitzungen entfernt und die Behandlung ist noch nicht beendet. Als beste Methode betrachtet Verf. in solchen Fällen die endoskopische Entfernung ohne Tracheotomie in mehreren Sitzungen unter Lokalanästhesie.

An einem von ihm berichteten Fall (Referirt dieses Centralblatt dieses Heft, No. 9) hat Verf. auf mikroskopischem Wege nachweisen können, dass Friedleben's Ausspruch: „Es giebt kein Asthma thymicum“ falsch ist. Das Kapitel über Fremdkörper enthält viele aus der persönlichen Erfahrung des Verf.'s entnommene Rathschläge.

Bei der Oesophagoskopie findet auch die Untersuchung des Oesophagus von der Coeliotomiewunde aus Erwähnung; es wird das retrograde Oesophagoskopie genannt.

Verf. theilt die Oesophagusaffectionen in stenotische und nichtstenotische ein. Das Schlusskapitel über Gastroskopie enthält werthvolle und selbstständige Beiträge.

Die Illustrationen sind gut ausgeführt, die Ausstattung überhaupt in jeder Hinsicht zu loben.

Der Verfasser ist zu dieser Darstellung der neuesten Fortschritte auf dem Gebiet der Laryngologie durchaus zu beglückwünschen. Emil Mayer.

b) Jahresversammlung der Société Française de Laryngologie.

Paris, 13. bis 16. Mai 1907.

Moure (Bordeaux): Klinische Betrachtungen über die Exstirpation des Kehlkopfs.

M. erörtert nach seiner persönlichen Praxis die Operationstechnik. Er wählt seine Kranken hinsichtlich ihres Allgemeinzustandes wie der endolaryngealen Localisation der Erkrankung aus und bereitet sie sorgfältig durch Antisepsis und Asepsis der Mundhöhle vor. Zur Operation wird der Patient in gewöhnlicher Lage auf den Operationstisch gebracht, die Kuhn'sche oder Trendelenburg'sche Canüle wird nicht angewandt; Voraussetzung dabei ist jedoch, dass beim Durchschneiden der Gewebe sorgfältige Blutstillung angewandt und das Eindringen von Blut in die Luftwege verhindert wird.

M. räth, nach der Operation durch die Nase eine Schlundsonde in den Magen einzuführen und sie mindestens 12—15 Tage lang oder noch länger liegen zu lassen.

Die Wunde kann völlig per primam intentionem geschlossen werden; doch muss man darauf achten, den Oesophagus unterhalb des Zungenbeins zu nähen.

Was die Frage betrifft, ob man die Tracheotomie bei der Operation selbst oder einige Tage zuvor machen soll, so ist M. für letzteres Verfahren, weil dadurch der Patient an das Tragen der Canüle sich gewöhnt und der Eingriff etwas weniger schwer wird. Jedoch ist diese Frage discutabel.

Molinié (Marseille): Indicationen und Contraindicationen zur Thyrotomie bei malignen Tumoren des Kehlkopfs.

Die Thyrotomie passt für umschriebene Tumoren der Taschenbänder, der Ventrikel, der Stimmbänder und der unmittelbar subglottisch gelegenen Region, jedoch nur unter der Bedingung, dass die Neubildung in Bezug auf Fläche und Tiefe begrenzt ist. Die Operation ist also indicirt bei gestielten oder vorspringenden Tumoren des Kehlkopfraums, bei papillomatösen und pachydermischen Gebilden, die der Bösartigkeit verdächtig sind, ferner beim gelappten Epitheliom wegen seiner relativen Gutartigkeit und seiner gewöhnlichen Localisation an den Stimmlippen.

Contraindicationen sind: Carcinom, das gewöhnlich diffuse Sarkom und alle die Neubildungen, die ausserhalb und an der Umrandung der Kehlkopfhöhle sitzen. Folgendes sind vom klinischen Standpunkt aus absolute Contraindicationen der Thyreotomie: Drüsenschwellungen, Knorpeldeformationen, Unbeweglichkeit einer Larynxhälfte und heftige spontane Schmerzen.

Botey (Barcelona): Die Punction der Membrana crico-thyreoidea als vorläufige temporäre Operation bei dringlichen Tracheotomien.

In Fällen, wo die Patienten suffocatorisch in Behandlung kommen, räth Verf., einen Troicart in das Spatium intercrico-thyreoideum einzustossen und mittels einer solchen Punction der Luft Eintritt zu den Lungen zu ermöglichen.

Brindel (Bordeaux): Ueber einige Fälle von Kehlkopfabscess infolge von Grippe.

B. hat Gelegenheit gehabt, 5 Fälle zu beobachten. Er unterscheidet folgende Gruppen:

1. Abscess des Larynxinnern, der vollkommen unter der Schleimhaut sich entwickelt. 2. Intralaryngealer Abscess mit perilaryngealer Eiteransammlung ohne Betheiligung des knorpligen Skeletts. 3. Abscess des Larynxinnern mit Perichondritis des Schild-, Ring- oder Aryknorpels und Cervicalphlegmone. 4. Primäre Perichondritiden, die mit brettharter Cervicalphlegmone einhergehen. Diese letztere Form ist die schwerste; sie kann infolge Intoxication in wenigen Stunden zum Tode führen.

Trétrôp (Antwerpen): Gutartige Angina als Ausgangspunkt für schwere Infectionen.

Verf. erinnert an seine früheren Arbeiten über dieses Thema und berichtet über einen sehr lehrreichen Fall, der durch Antistreptokokkenserum geheilt wurde.

Bellisien (Lyon): Adenom der Trachea bei einem an allgemeiner Adeno-Lipomatose leidenden Patienten.

48jähriger Mann, der seit 2 Monaten heiser ist. Es findet sich in der Trachea ein kirschgrosser Tumor, den er sich weigert, entfernen zu lassen. Verf. sah gleichzeitig zahlreiche lipomatöse Tumoren, die symmetrisch in mehreren Muskeln liegen. Patient stirbt plötzlich 2 Monate nach der ersten Untersuchung ohne Zeichen von Asphyxie.

Vacher (Orléans): Aphonie infolge Contraction der Stimmlippen.

Es handelte sich um ein 21jähriges Mädchen, bei dem dadurch Aphonie entstand, dass bei jedem Versuch zu sprechen, die Stimmlippen sich contrahirten und übereinander schoben. Während der Respiration öffnete sich die Glottis in normaler Weise. Die Neurologen, die die Patientin untersucht haben, konnten keine sonstigen Anzeichen von Hysterie finden.

Guisez (Paris): Behandlung der impermeablen Narbenverengerungen unter Oesophagoskopie.

G. berichtet über 3 Fälle. In allen Fällen konnte die Magenfistel geschlossen und die Heilung eine definitive werden, wenn die Dilatation unter Controle des Auges lange genug fortgesetzt werden konnte.

Caboche: Die Ozaena eine larvirte Form von Tuberculose.

Es soll sich um locale Giftwirkungen des Koch'schen Bacillus handeln, durch die in der Nasenschleimhaut eine Sklerose hervorgerufen wird, analog den jüngst von L. Bernard beschriebenen Sklerosen. Der Gestank soll unter dem Einfluss einer dazu tretenden Infection entstehen. Die klinischen Untersuchungen des Redners zeigen die Häufigkeit von Tuberculose in den Antecedentien der Patienten.

Bichaton (Reims): Ueber die nasale Behandlung des Asthmas.

Bericht über einige nach der Methode von Francis Alexandre behandelte

Fälle; er hat nicht so günstige Resultate erzielt wie dieser. Trotzdem befürwortet B. die Cauterisation der Nasenscheidewand unter der Bedingung, dass darüber die Allgemeinbehandlung nicht vernachlässigt werde.

Botey (Barcelona): Operative Behandlung der Insufficienz des Gaumensegels.

B. räth zu einer elliptischen Resection der Schleimhaut; er hat damit in einigen Fällen ausgezeichnete Resultate erzielt.

Jacques (Nancy) und Gaudier (Lille): Ueber Diagnose und Behandlung primärer maligner Tumoren der Kieferhöhle.

Diagnose: Man muss zwei Phasen unterscheiden: in der ersten befindet sich der Tumor in der Kieferhöhle, die später deformirt wird; in der zweiten hat der Tumor deren Grenzen überschritten. Es sind also eigentlich 3 Perioden zu unterscheiden, die der Latenz, der Deformation und des Herauswachsens.

a) Periode des Herauswachsens. Der Tumor wächst in eine der Höhlen oder Regionen der Nachbarschaft hinein. Die Diagnose ist im Allgemeinen leicht. Die Wucherung kann nach der Alveole zu geschehen und eine einfache Epulis vortäuschen, nach dem Naseneingang zu, wo man dann an Lupus denken könnte, an gewisse syphilitische Granulome, an ein ulcerirtes Gummi, nach der Orbita und der Fossa pharyngo-maxillaris zu, wo dann eine Osteo-Periostitis orbitalis und eine chronische Phlegmone auszuschliessen ist.

b) Periode der Deformation. Der Tumor verräth seine Anwesenheit nur durch die Vorwölbung einer der Antrumwände. Man muss eine ganze Anzahl von Affectionen ausschliessen, die folgendermaassen sich gruppiren lassen:

1. Entwicklungsstörungen (Odontome).

2. Nicht specifische entzündliche Zustände: Osteo-Periostitis, Osteomyelitis, diffuse Hyperplasie der Kiefer, Mucocele des Sinus.

3. Specifische entzündliche Zustände: Syphilis, Tuberculose, Actinomycose.

3. Neubildungen: Man wird zuerst die benignen Tumoren ausschliessen, Fibrome, Osteome, Enchondrome, die in der Kieferhöhle selten sind, die cystischen Tumoren, die zu dieser Region ziemlich häufigen paradentären Cysten. Leukocytose und Alteration des Allgemeinzustandes sind Zeichen der Malignität.

c) Latente Periode: Ein Frühsymptom dieser Periode ist ein Schmerz in der Tiefe der Wange. Blutig-eitriger Ausfluss aus der Nase, spontane Blutung aus dem Sinus werden Verdacht erwecken. Man wird für die Diagnose die Durchleuchtung und Röntgendurchstrahlung, die Punction von der Nase oder der Alveole aus verwerthen.

Behandlung: Sie ist rein chirurgisch. Sind die Nachbartheile mit ergriffen, so ist jeder Eingriff contraindicirt.

Castex (Paris): Seltener Tumor des Sinus maxillaris. (Lobuläres Pflasterzellenepitheliom).

51jähriger Mann. Maligne Geschwulst der linken Kieferhöhle, die sich sehr rasch entwickelt. Hauptsymptome: Suborbitale Schmerzen, Vorwölbung der vorderen Wand, Exophthalmus und Verstopfung der linken Nasenhöhle. Resection des

Oberkiefers. Die Stirnhöhle und ein Theil des Siebbeinlabyrinths sind ergriffen. Tod nach 14 Tagen in Folge Entkräftung.

Brockaert (Gent): Endothelioma der Kieferhöhle.

Zu den 12 in der Litteratur verzeichneten Fällen fügt B. 3 neue Fälle von primärem Endotheliom hinzu. Die Tumoren wurden exstirpirt; jedoch erfolgte in einigen Monaten Recidiv.

Molinié (Marseille): Einige Fälle von malignen Tumoren der Kieferhöhle. Bericht über 4 Fälle: Ein Sarkom bei einem 10jährigen Kind, 3 Fälle von Epitheliom bei Männern im Alter von 47, 50 und 80 Jahren.

Jacques (Nancy): Infection der Kieferhöhle durch eine paradentale Cyste.

Abgesehen von den Fällen, wo eine Infection per continuitatem durch zerstörte Alveolen doch stattfindet, giebt es andere zahlreichere, jedoch weniger bekannte, wo die Infection diese Knochenplatte durchschreitet, ohne sie makroskopisch zu verändern. J. hat diesen Vorgang in 2 Fällen von vereiterter Zahncyste nachweisen können.

Mouret (Montpellier): Ueber die Resection der unteren Muschel bei der Radikalbehandlung des Oberkieferempyems.

M. ist kein Anhänger der Resection der unteren Muschel, da dadurch die Nasenfunction gestört wird. Die so Operirten klagen über Trockenheit in der Nase und Borkenbildung. Um eine genügende Drainage zu erzielen, räth M. eine Oeffnung im unteren Nasengang anzulegen. Die partielle oder totale Resection soll auf die Fälle beschränkt bleiben, wo die Muschel hypertrophirt oder so gegen die laterale Wand des unteren Nasengangs eingerollt ist, dass die Drainage des Sinus behindert ist. Auch soll die Resection so sehr wie möglich beschränkt werden.

George Laurens: Operationsverfahren für die doppelseitigen Stirnhöhlenempyeme.

Das Wesentlichste an dem Verfahren ist, dass die Lamina perpendicularis des Siebbeins, die die beiden Canales fronto-nasales von einander trennt, in möglichster Ausdehnung resecirt wird. Am Schluss der Operation ist dann nur eine Stirnhöhle und ein weiter fronto-nasaler Canal vorhanden, der zur Drainage dient.

Texier (Nantes): Zwei Fälle von Aneurysma der Carotis cervicalis interna, in denen ein Pharynxtumor vorgetäuscht wurde. Section des einen Falles.

Fall I. 74jährige Frau. Schluckbeschwerden mit intermittirenden Sprachstörungen seit 1 Jahr. Man findet einen Tumor, der die ganze linke Partie des Rachens und Nasenrachens einnimmt, das Gaumensegel nach vorn wölbt und dabei die Uvula nach rechts drängt. Er ist hart und adhärirt mit seiner Basis in der Tiefe. Bei der Palpation fühlt man keine Pulsation. Keinerlei besondere Erscheinungen seitens der Gefässe am Halse. Wegen Verdachts auf Abscess wird eine Probepunktion gemacht, die arterielles Blut ergiebt. Tod nach 12 Tagen in Syncope.

Autopsie: Aneurysmatischer Tumor der Carotis interna von der Grösse eines Hühnereis, der mit der Arterie durch eine feine Oeffnung communicirt. Der Tod scheint in Folge Hirnödem erfolgt zu sein.

Fall II. 48jährige Frau. Durch Zufall wird ein Pharynxtumor entdeckt. Pat. spürt keine Beschwerden. Es fehlt auch hier die Pulsation. Auskultation lässt das typische aneurysmatische Geräusch hören. Pat. entzieht sich der Beobachtung.

Moure (Bordeaux) und Bouger (Cauterets): Bericht über Stimmstörungen der Sänger und Redner.

Nach einem historischen Ueberblick über die verschiedenen Sangesmethoden und Schulen kommen Redner zu dem Schluss, dass die Pflege der Singstimme heute auf demselben Empirismus beruht, wie in der Vergangenheit. Sie kommen zur Aufstellung folgender Leitsätze: 1. Keiner soll zum Unterricht in Gesang oder Deklamation zugelassen werden, der nicht durch ein Examen einen Beweis seiner Befähigung zu dieser Art der Lehrthätigkeit führt. 2. Die Conservatorien sollen stets über einen oder mehrere Laryngologen verfügen, denen es obliegt, von Zeit zu Zeit, d. h. zu Beginn, im Verlauf und am Schluss der Studien die Schüler zu untersuchen.

Ponthière (Charleroi): Siebbeinsarkom. Pat. war ein 20jähriges Mädchen, das mittels des Moure'schen Verfahrens operirt und geheilt wurde.

Trivas (Nevers).

---

c) St. Petersburger oto-laryngologischer Verein.

Sitzung vom 5. Oktober 1907.

Vorsitzender: Okunev.

Nikitin: Demonstration eines Kranken mit Pemphigus des Mundes und der Lippen.

Dauer 4 Monate. In der letzten Zeit Blasen auf der Haut, die Schleimhaut theils entblösst von Epithel, hyperämisch. Die Diagnose machte Anfangs Schwierigkeiten. Behandlung brachte wenig Nutzen. Franklinisation bewirkte subjektive Erleichterung.

Shirmanski beobachtete einen ähnlichen Fall, der nach 10 Monaten zu Grunde ging, obgleich die Blasen im Munde heilten.

Hellat möchte die Frage erörtert wissen, inwiefern unter der Diagnose Pemphigus ätiologisch und pathologisch-anatomisch gleichartige Processe verstanden werden. H. beobachtete einen Fall, wo der Tod in etwa $1^1/_2$ bis 2 Monaten erfolgte, während andere sehr lange leben können. Das spricht gegen eine Gleichartigkeit.

Sacher bemerkte, dass die Differentialdiagnose zwischen P. und Klauenseuche schwierig werden kann. Er beobachtete einen Fall mit Klauenseuche, der an Erschöpfung zu Grunde ging.

Meyerowitsch beobachtete einen schnellen Verlauf.

Rydnik: Vorstellung eines Knaben mit einer Kugel im Zahnfleisch, die schon 2 Jahre darin steckt und Beschwerden erst in der letzten Zeit verursacht. Die Kugel drang durch das Kinn herein. Röntgenuntersuchung.

Litschkus versteht nicht, warum die Kugel so wenig Verletzungen hervorgebracht hat.

Rydnik: Es giebt auch Synchien der Lippen und des Gaumens.

Wiltschew: Atresie der Gehörgänge.

Meyerowitsch: 1. Primäre Tuberculose des Nasenseptums.

Levin hat mikroskopisch den Fall untersucht ohne genaue Anhaltspunkte für die Diagnose zu erhalten.

Hellat hält den Fall für typisch tuberkulös.

Bramson plädirt für eine Tuberculinreaction.

Rydnik hält Lues für unwahrscheinlich.

2. Dyspnoe wegen Verengerung des Kehlkopfes. Verneinung von Lues. Jodkali wird schlecht vertragen. Tracheotomie. Nach 3 Flaschen Jodkali bedeutende Besserung.

Jljisch beobachtete einen Fall, der zu ihm von einem Syphilidologen geschickt war, weil keine Lues vermuthet wurde. Doch gingen die ausgedehnten Infiltrate auf Jodkali und Ung. hyd. bald zurück.

Litschkus beobachtete einen Fall, der nach vergeblicher örtlicher Behandlung nach Berlin an Fränkel sich wandte. Hier wurde ein Tumor diagnosticirt, und zu Gluck zur Operation geschickt. Vorläufig kehrte er nach Petersburg zurück, um seine Geschäfte vor der Operation zu ordnen. Hier versuchte Litschkus eine antiluetische Kur. Vollständiger Erfolg.

Sacher kennt einen ähnlichen Fall.

Goldstein: Demonstrationen: 1. Lingua geographica, bei der die Färbung und Turgescenz in kurzer Zeit mehrere Wandlungen durchgemacht hat.

2. Salivatio psychica, klagte über Dyspnoe, Verschleimung, Kopfschmerzen, Schwindel. Nach Verbot des Speiens Aufhören aller Symptome.

3. Carcinoma buccale.

Okunew empfiehlt Adrenalininjektionen.

Hellat schliesst sich dem an.

Siebert: Vortrag: Osteoma cellulare (angiomatodes) der Nasenhöhle. Wird in extenso erscheinen.

Levin sieht in dem Falle in Anbetracht der mikroskopischen Struktur ein Unicum. Der Bau ist völlig atypisch. Die Geschwulst ging von der Keilbeinhöhlenwand aus und nahm einen grossen Theil der Nasenhöhle ein.

Sitzung vom 9. November 1907.

Vorsitzender: Okunew.

Wiltschew: Flache warzenähnliche Geschwülste der Epiglottis und der Vorderfläche des Larynx.

Eljasson, Bramson und Jljisch halten die Geschwulst für gutartig.

Wiltschew glaubt, dass endolaryngeale Behandlung sehr langwierig wäre.

Hellat hält dieses Argument für Laryngofissur als ungenügend, umsomehr als hier die einfache Spaltung nicht zum Ziele führen würde. H. proponirt Galvanokaustik.

Okunew findet das Bild nicht eindeutig.

Bomasch ist für endolaryngeale Methode.

Schwanebach: Entweder endolaryngeale Behandlung oder halbseitige Entfernung das Kehlkopfes.

P. Hellat stellt eine Patientin mit colossalen Kopfschmerzen und einer Geschwulst in der Nase vor. Die Geschwulst erwies sich als Eitercyste, in der grosse käse- und rahmartige, faulig stinkende Massen enthalten waren. Nach der Reinigung weitere Massen. Kopfschmerzen nach der Reinigung bedeutend leichter. Blutung recht profus. Es handelt sich wahrscheinlich um eine Vergrösserung und Vorstülpung einer vorderen Siebbeinzelle.

Schwanebach fragt, ob nicht Lues die Ursache ist. Er erinnert sich eines Falles, wo bei Eiterung nach Ausschabung durch einen anderen Collegen tödtliche Meningitis erfolgte.

Okunew theilt einen Fall mit, wo ähnliche Sackbildung durch einen Fremdkörper (Erbse) in der Nase hervorgerufen wurde, und fragt an, ob nicht etwas ähnliches auch hier vorlag.

Hellat verneint die Möglichkeit.

Bramson: Zur Casuistik der Neubildungen der Mandeln.

Vortrag wird veröffentlicht. Vorstellung einer Patientin.

Shirmanski möchte daran erinnern, dass Sarkome auf syphilitischer Grundlage sich entwickeln.

Rydnik beobachtete in diesem Sommer ein Sarkom der Mandeln.

Goldstein erhebt die Frage über technische Möglichkeit der Entfernung.

Bramson kennt keinen Fall von Operation mit Dauererfolg.

Hellat: Sarkome sind sehr verschieden in ihrer Bösartigkeit. Sarkome der Mandeln sind thatsächlich selten. Er hat nur einen Fall (Melanosarkom) der Mandel beobachtet, welchen er vor einigen Monaten hier im Verein vorstellte. In dem Falle stellten sich bald Metastasen ein, zunächst in der anderen Mandel, dann auf der Haut, im Auge etc. Carcinome der Mandeln sind leider keine Seltenheit. Gegenwärtig trat der zweite Fall in Beobachtung.

Schwanebach führt 2 Fälle von Sarkom und Carcinom auf syphilitischer Grundlage an, wo antiluetische Behandlung erfolglos blieb.

Bomasch hat zweimal Neubildung der Mandel beobachtet.

Bramson: Demonstration eines Compressors der Nase bei Paraffininjection.

Goldstein theilt mit, dass die Adrenalininjectionen bei seinen Kranken (Protokoll der vorhergehenden Sitzung), sehr schmerzhaft waren, und der Patient sich bald der Behandlung entzog. P. Hellat.

V. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Dr. L. Mader (München) ist zum Kgl. Bayrischen Hofrath ernannt worden.

Unser Mitarbeiter, der Vorsitzende des Warschauer laryngologischen Vereins, Dr. A. v. Sokolowski, ist zum ständigen Secretär der Warschauer medicinischen Gesellschaft gewählt worden.

Neues Specialjournal.

In St. Petersburg erscheint gegenwärtig unter Leitung von Dr. Leon Lewin, wie wir von demselben erfahren, ein Specialjournal für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten unter dem Titel: „Eschemessjatschnik uschnych nossowych i gorsowych bolesnej“.

Neue Specialgesellschaft.

Der Revue Hebdomad. de Laryngologie entnehmen wir die Nachricht, dass am 17. November 1907 in Bukarest sich eine rumänische oto-rhino-laryngologische Gesellschaft constituirt hat. Ihre Sitzungen finden alle 14 Tage statt und jedes Mitglied fungirt in regelmässigem Wechsel einen Monat als Präsident. Dr. Nirman Bera ist für ein Jahr zum Secretär der Gesellschaft erwählt worden.

Statistik deutscher Specialisten.

Die „Presse Oto-Laryngologique Belge“ bringt in ihrer Februarnummer die Angabe, dass sich in Deutschland gegenwärtig 686 Aerzte mit Oto-Rhino-Laryngologie befassen. Von diesen sollen nur 85 reine Rhino-Laryngologen und 95 reine Otologen sein. Andererseits seien 47 Otologen gleichzeitig Ophthalmologen. Belege werden nicht gegeben.

Voreinladung zur Tagung des Vereins süddeutscher Laryngologen.

Sehr geehrter Herr College!

Am zweiten Pfingstfeiertage, den 8. Juni, findet in Heidelberg in der üblichen Weise die XV. Tagung süddeutscher Laryngologen statt.

Der Vorstand des Vereins beehrt sich dazu auch die Herren Mitglieder der deutschen otologischen Gesellschaft ergebenst einzuladen. Das definitive Programm wird Anfangs Mai verschickt werden.

Die Unterzeichneten bitten Sie höflich, etwa beabsichtigte, bisher nicht publicirte Vorträge oder Demonstrationen bis zum 25. April bei dem Schriftführer anzumelden.

An diesen sind auch Meldungen zur Mitgliedschaft zu richten.

Mit collegialem Gruss ergebenst

Vohsen (Frankfurt a. M.), Vorsitzender.

Felix Blumenfeld (Wiesbaden), Taunusstrasse 4, Schriftführer.

Am Sonntag, den 7. Juni 1908, 9 Uhr Abends, wird Herr Professor Killian vortragen:

Eine wissenschaftliche Reise in Nord-Amerika mit Projectionsbildern.

Ferner haben bis jetzt Vorträge angekündigt:

Herr Neugass (Mannheim):

Kleinere rhinologische Mittheilungen.

Herr Katz (Kaiserlautern):
Partielle Synechie der Stimmbänder nach Trauma.
Herr Killian, Herr von Eicken, Herr Brünings (Freiburg in Br.): Thema vorbehalten.

American Laryngological Association.

Secretary's Office 118 West 69th Street, New York.

New York, January 15. 1908.

Dear Doctor:

The Thirtieth Annual Congress of the American Laryngological Assosiation will be held at Montreal, Canada, on Monday, May 11, Tuesday, May 12 and Wednesday. May 13, 1908, under the Presidency of Dr. Herbert S. Birkett.

All Fellows desiring to read papers should send titles thereof to the Secretary not latter than April 1st. Papers should be prepared in duplicate so that a copy may be handed to Secretary at the time of reading. Contributions are solicited from Corresponding Fellows and will be published in the Transactions.

Topic for General Discussion.

Recurrent and Abductor Paralyses of the Larynx: with the following introductory papers.

First Paper: Introductory remarks on Anatomy and Physiology, Etiology, Central Lesions: Joseph W. Gleitsmann, M. D.
Second Paper: Etiology, Peripheral Lesions: D. Bryson Delavan, M. D.
Tird Paper: Symptomatology: Clarence C. Rice, M. D.
Fourth Paper: Diagnosis and Treatment: William E. Casselberry, M. D.

The Council makes the following nominations for memberspip:

For Corresponding Fellow:
Dr. Gustav Killian, Freiburg, Germany.

For Active Fellows:
Dr. John F. Barnhill, Indianapolis, Ind., proposed by Drs. King and Swain.
Dr. B. Alexander Randall, Philadelphia, Pa., proposed by Drs. Freeman and de Roaldes.
Dr. Harmon Smith, New York City, proposed by Drs. Chappell und Farlow.
Dr. J. Gordon Wilson, Chicago, Ill., proposed by Drs. Rhodes and Shambaugh.

A circular letter giving the details of the Congress will be issued about March 15.

Very truly yours,

James E. Newcomb, M. D., Secretary.

---

80. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Köln.

20. bis 26. September 1908.

Abtheilung für Hals- und Nasenkrankheiten.

Köln, im März 1908.

Hochgeehrter Herr!

Der unterzeichnete Vorstand der Abtheilung für

Hals- und Nasenkrankheiten

giebt sich die Ehre, Sie zu der in der Zeit vom 20. bis 26. September d. J. in Köln stattfindenden 80. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte ergebenst einzuladen.

Da den späteren Mittheilungen über die Versammlung, die im Juni zur Versendung gelangen, bereits ein vorläufiges Programm der Verhandlungen beigefügt werden soll, so bitten wir, Vorträge und Demonstrationen — namentlich solche, die hier grössere Vorbereitungen erfordern — **bis zum 10. Mai** bei dem mitunterzeichneten Einführenden

Sanitätsrath Professor Dr. Carl Hopmann,
Köln, Hohenzollernring 52,

anmelden zu wollen. Vorträge, die erst später, insbesondere erst kurz vor oder während der Versammlung angemeldet werden, können nur dann noch auf die Tagesordnung kommen, wenn dafür nach Erledigung der früheren Anmeldungen Zeit bleibt; eine Gewähr hierfür kann daher nicht übernommen werden.

Die allgemeine Gruppirung der Verhandlungen soll so stattfinden, dass Zusammengehöriges thunlichst in derselben Sitzung zur Besprechung gelangt; im Uebrigen ist für die Reihenfolge der Vorträge die Zeit ihrer Anmeldung maassgebend.

Ganz besonders dankbar wären wir für Vorträge über Gegenstände, welche sich zur Besprechung in combinirten Sitzungen zweier oder mehrerer verwandter Abtheilungen eignen, da es dem universellen Charakter der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte, in welcher im Gegensatz zu den zahlreichen, alljährlich stattfindenden Specialcongressen sämmtliche Zweige der Naturwissenschaften und Medicin vertreten sind, entspricht, dass gerade solche, mehrere Abtheilungen interessirende Fragen zur Verhandlung gelangen.

Die Einführenden:
Sanitätsrath Professor Dr. C. Hopmann.
Dr. F. Matté.
Dr. H. Kurzak.

Die Schriftführer:
Dr. P. Reinhard.
Dr. E. Loewenstein.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, Juni. 1908. No. 6.

I. Leopold von Schrötter †.

Die Leser des Centralblatts wissen bereits, wie jäh unser Altmeister Schrötter den Seinen und der Wissenschaft entrissen worden ist. Bei der Eröffnungsfeier des ersten internationalen Congresses für Rhino-Laryngologie hielt er als Ehrenpräsident am Vormittag des 21. April mit weithin tönender Stimme in vollster Rüstigkeit die Festrede; am Abend desselben Tages versammelte er eine Schaar hervorragender Congresstheilnehmer und deren Damen in seinem gastfreien Hause und nahm von ihnen in heiterster Stimmung kurz vor Mitternacht Abschied: kaum drei Stunden später war er eine Leiche! — Eine Herzlähmung, bedingt durch Arteriosklerose, hatte diesem arbeitsreichen Leben ein ebenso schnelles wie schmerzloses Ende gemacht.

Aber so erschütternd dieser Tod, so schön ist er. Wie ein Feldherr am Abend einer siegreichen Schlacht ist Leopold von Schrötter gestorben; sein Tagewerk war vollbracht; die Beschwerden des Altwerdens sind ihm erspart geblieben; sein Schwanengesang galt der Laryngologie, der er so treu gedient, in deren vorderster Reihe er den besten Theil seines Lebens gefochten hat; seiner Bahre folgten die hervorragendsten Fachgenossen aller Länder. Wahrlich nur ihren Lieblingen gewähren die Götter ein solches Ende, und wenn sich seine trauernden Hinterbliebenen von ihrem ersten betäubenden Schmerze erholt haben werden, so werden sie es gewiss anerkennen, welch' selten schöner Tod ihrem theuren Familienhaupte beschieden worden ist.

Mit Leopold von Schrötter ist der letzte von dem Dreiblatt dahingegangen, das der Wiener Laryngologie — und man kann beinahe sagen: der Laryngologie der Welt ein Vierteljahrhundert lang seinen Stempel aufgedrückt hat. Die Generation der Schrötter, Störck, Schnitzler hat fast ihr Ende erreicht. Noch leben und wirken in

voller Frische einige wenige der Urlaryngologen, aber dahingegangen sind ausser dem Vater der Laryngoskopie, Manuel Garcia, und den Begründern der klinischen Laryngologie, Türck und Czermak, nunmehr Semeleder, Traube, Waldenburg, von Tobold, Victor von Bruns, von Ziemssen, Gerhardt, Morell Mackenzie, George Johnson, Krishaber, Mandl, Elsberg, Schnitzler, Störck, von Schrötter, — kurzum: fast alle, welche dem Kinde aus der Taufe halfen und seine ersten Schritte stützten.

Unter diesen Klassikern der Laryngologie wird Schrötter's Name stets in erster Reihe genannt werden.

Leopold Schrötter Ritter von Kristelli*) wurde am 5. Februar 1837 als Sohn des berühmten Chemikers Anton Ritter von Schrötter in Graz geboren, studirte an der Wiener Universität, promovirte an derselben im Jahre 1861, war zwei Jahre lang Operationszögling bei Schuh und von 1863—1869 Assistent an der Klinik Skoda's. Im Jahre 1867 habilitirte er sich als Privatdocent für Laryngologie. Nachdem er seinen Chef Skoda wiederholt im Lehramte vertreten hatte, übernahm er nach Oppolzer's Tode als provisorischer Leiter die erste medicinische Klinik; drei Jahre später, 1875, wurde er zum ausserordentlichen Professor für Kehlkopf- und Brustkrankheiten ernannt. In den Jahren 1877—1881 war er Primararzt an der Rudolfstiftung, vom Jahre 1881 an Vorstand der Klinik für Laryngologie am Allgemeinen Krankenhause.

Es war unzweifelhaft in seiner Eigenschaft als Laryngologe, dass Schrötter sich einen Weltruf errang, und obwohl aus der obigen kurzen Schilderung hervorgeht, dass er im ganzen Verlauf seiner academischen Thätigkeit stets die innere Medicin parallel mit der Laryngologie gepflogen hatte, so erregte es nicht geringes Erstaunen, das in den Kreisen seiner laryngologischen Fachgenossen mit aufrichtigem Bedauern gepaart war, als er im Jahre 1890 von seinem laryngologischen Lehramt und von der Leitung der laryngologischen Klinik zurücktrat und die neuerrichtete dritte medicinische Klinik übernahm. Diese Stellung hat er bis an sein Lebensende bekleidet, aber schon vor einem halben Jahre hatte er das Alter erreicht, das in Oesterreich gesetzmässig der Lehrthätigkeit ein Ende setzt, und nach Ablauf weiterer sechs Monate hätte er seine academische Stellung aufgeben müssen.

Sein äusserer Lebensgang ist ein ruhiger gewesen. Bekannt ist die Episode seiner Theilnahme an der Consultation, die im November 1887 in San Remo im Falle des damaligen Deutschen Kronprinzen abgehalten wurde. Allseitig wurde rühmend anerkannt, mit welchem Tact v. Schrötter sich der schwierigen, ihm von dem Consilium anvertrauten Aufgabe: dem hohen Patienten ein Bild der wahren Sachlage zu geben, entledigte; was über seine Theilnahme an der Denkschrift der Deutschen Aerzte zu sagen ist, ist in diesem Blatte seinerzeit gesagt worden.

In späteren Jahren beschäftigte sich v. Schrötter, abgesehen von seinen engeren Fachinteressen, ganz besonders mit dem Kampf gegen die Tuberculose,

*) Die folgenden biographischen Details sind theilweise verschiedenen Artikeln entnommen, welche gleich nach dem Heimgang des Verschiedenen in der Wiener „Neuen Freien Presse" erschienen.

den er als erster in Oesterreich aufnahm. Seinen Bemühungen und seiner Energie ist es zu danken, wie Prof. v. Noorden dies in seinem Nachruf hervorhebt, „dass in Oesterreich Vorbildliches für die Abwehr der Tuberculose geschaffen wurde, und ebenso war er es, auf dessen Anregung und unter dessen emsiger Mitwirkung sich die Abwehrmaassregeln gegen die Tuberculose zu einem grossen internationalen Werke ausgestalteten". In der von ihm gegründeten Heilanstalt Alland hat er an einem Abhang des Wiener Waldes ein Institut geschaffen, welches in erster Reihe der zeitgenössischen Sanatorien steht.

Auch auf socialem Gebiete hat sich der Verewigte grosse Verdienste erworben. Studentenkrankenvereine und Ferienhorte verdanken ihm Schutz und Förderung; ein Vortrag, in dem er die sanitären Verhältnisse Wiens erörterte (1890), erregte derzeit grosses Aufsehen; die Gesellschaft der Musikfreunde verliert in ihm, dem enthusiastischen Freunde der Musik, einen ihrer eifrigsten Förderer, wie dies an seiner Bahre trauernd anerkannt wurde.

Im Jahre 1896 erhielt er den Hofrathstitel, zahlreiche hohe Orden und Ehrenzeichen schmückten seine Brust, er war Ehren- und correspondirendes Mitglied zahlreicher ärztlicher, besonders laryngologischer Vereine, und im Vorjahre, anlässlich seines 70. Geburtstages, Gegenstand herzlichster Ovationen. Wir haben über dieselben ausführlich berichtet (vgl. Centralblatt Bd. XXIII, S. 117). Von seiner Bedeutung und Beliebtheit zeugte sein Leichenbegängniss, das, ganz abgesehen von der natürlich einzig dastehenden persönlichen Theilnahme seiner früheren Fachgenossen, ein wahrhaft imposantes Ereigniss bildete, indem alle Kreise Wiens ihre Theilnahme an dem Heimgang des hochverdienten Mannes bekundeten. — Es entspricht seinen Verdiensten, dass der Stadtrath von Wien ihm ein Ehrengrab an der Kapellenstrasse in den Ruhestätten historisch denkwürdiger Personen im Centralfriedhofe bewilligte.

Schrötter lebte in glücklichster Ehe; seine Söhne sind Aerzte, der älteste derselben, Hermann, hat bereits zahlreiche werthvolle Beiträge zur Literatur unseres Faches geliefert; die älteste Tochter ist verheirathet, die jüngste, ungewöhnlich reich musikalisch veranlagt, lebt noch im Elternhause.

Von seinen Publicationen allgemeinerer Natur seien hier nur einige der hervorragendsten erwähnt, so „Ueber die Temperaturverhältnisse bei der Pneumonie" (1868), „Beitrag zur Kenntniss der Lageveränderung des Herzens" (1870), „Ueber musikalische Geräusche am Herzen" (1883), und vor allen Dingen seine Monographie über „Herzkrankheiten" in dem grossen von Ziemssen'schen Sammelwerk, und diejenige über „Gefässkrankheiten" im Nothnagel'schen Handbuch.

Von seinen laryngologischen Arbeiten wird ein vollständiges Verzeichniss, das wir der Güte seines Sohnes Hermann verdanken, am Schlusse des Nachrufs gegeben werden. An der Spitze derselben stehen zweifellos seine beiden Lehrbücher über die Krankheiten des Kehlkopfs und der Luftröhre, die seinerzeit ausführlich im Centralblatt besprochen worden sind (vgl. Centralblatt Bd. X, S. 51 und Bd. XIII, S. 451). Namentlich das zweite derselben, die „Vorlesungen über die Krankheiten der Luftröhre", darf als ein klassisches Werk bezeichnet werden, das unseres Wissens in der Literatur dieses Gegenstandes in keiner Sprache seines Gleichen findet. —



Von den monographischen Arbeiten des Verstorbenen auf laryngologischem Felde beanspruchen die erste Stelle seine Beiträge über Behandlung der Larynxstenosen und über Fremdkörper in den Luft- und Speisewegen. Mit beiden Fragen beschäftigte er sich mit Vorliebe. Namentlich seine Dilatationsmethoden dürfen als bahnbrechend bezeichnet werden, und sind auch durch die modernere O'Dwyer'sche Intubation durchaus nicht verdrängt worden. — Was die Behandlung von Fremdkörpern — und auch von gutartigen Neubildungen — im Kehlkopf und in der Trachea anbelangt, so war Schrötter ein wahrer Künstler auf dem Gebiete der Entfernung solcher. Seine Blüthezeit fällt theilweise in die Periode vor der Einführung des Cocains, und seine manuellen Leistungen zu jener Zeit, in der intralaryngeale und besonders intratracheale Operationen weit grössere Schwierigkeiten darboten, als heutzutage, waren wahrhaft erstaunliche.

Hat er sich als Schriftsteller auf laryngologischem Gebiete einen Anspruch darauf erworben, für alle Zeiten unter unseren Besten genannt zu werden, so wird die gegenwärtige Generation mit an erster Stelle dankbar seiner Lehrthätigkeit eingedenk bleiben. Schrötter war ein grosser Lehrer! — Mit einem seltenen Enthusiasmus, mit rastloser Energie, mit der grössten Bestimmtheit und Klarheit des Ausdrucks verband er ein Interesse an den Studien seiner Schüler, das dieselben zu eigenen Anstrengungen anfeuerte, und man darf mit Recht sagen, dass er Schule gemacht hat. Nicht nur die Mehrzahl der jetzt in Oesterreich und Deutschland thätigen Laryngologen hat längere oder kürzere Zeit zu seinen Füssen gesessen; auch in Grossbritannien, Frankreich, Italien, Nordamerika und thatsächlich in fast allen Culturländern zählen seine Schüler nach hunderten und hat sein Heimgang allgemeine Theilnahme und Trauer erweckt.

Schrötter war von ziemlich kleiner Statur, ungemein lebhaft in seinen Bewegungen, früher ein passionirter Reiter und Sportsman. Sein Kopf mit dem ziemlich kurz geschorenen starrenden Haupthaar und dem länglich gepflegten Backen- und Kinnbart, die in letzter Zeit fast ganz weiss geworden waren, mit dem energischen Zuge des Gesichts, mit den lebhaft blickenden Augen, war ungemein charakteristisch. Der Gesammteindruck, gehoben durch laute bestimmte Sprache, war der einer kräftigen, selbst- und zielbewussten, auf eigenen Füssen stehenden Persönlichkeit, ein Eindruck, der ebenso durch die Lectüre seiner Schriften wie durch nähere Bekanntschaft noch gehoben wurde. Aber das etwas Knorrige und Dogmatische der Erscheinung und der Rede deckte ein liebenswürdiges, ideales, künstlerisches, treues Gemüth, das den Mann nicht nur seiner Familie, seinen Freunden und seinen Schülern theuer, sondern auch der Wissenschaft und seinen Mitbürgern lieb und werth machte. Mit Schrötter haben wir einen guten Mann begraben, der seinen Namen unauslöschlich in das goldene Buch der Humanität, in die Annalen der Medicin und in die Geschichte der Laryngologie eingeschrieben hat, an deren Wiege es ihm vergönnt war zu stehen, die er während eines halben Jahrhunderts treulich gehütet und gepflegt hat, und deren Festredner er an ihrem Jubiläum sein durfte, am selben Tage, an welchem ein tragisches aber schönes Geschick es wollte, dass er seine Augen für immer schlösse! —

Felix Semon.

Verzeichniss der Arbeiten L. v. Schrötter's.

1. Exstirpation eines Kehlkopf-Polypen. Wiener med. Presse. No. 34. 1865.
2. Mittheilungen über eine Cyste an der Epiglottis. Wiener medic. Jahrbücher. XII. Bd. 1866.
3. Durchtrennung von Narben in der Trachea mit Hülfe des Kehlkopfspiegels. Vortrag in der Sitzung d. k. k. Gesellschaft d. Aerzte am 7. December 1866.
4. Beiträge zur laryngoskopischen Chirurgie. Wiener medicinische Jahrbücher. XV. Bd. 1868.
5. Weitere Beiträge zur laryngoskopischen Chirurgie. Wiener med. Jahrbücher. XVI. Bd. 1868.
6. Weitere Beiträge zur laryngoskopischen Chirurgie. (Ueber Haltung des Kehlkopfes.) Wiener med. Jahrbücher. XVII. Bd. 1869.
7. Jahresbericht der Klinik für Laryngoskopie an der Wiener Universität. Wien. Braumüller. 1871.
8. Beobachtungen über eine Bewegung der Trachea und der grossen Bronchien mittels des Kehlkopfspiegels. Sitzungsbericht der kaiserl. Academie d. Wissenschaften in Wien. 65. Bd. Juli 1872. III. Abth. 2. Heft. S. 251.
9. Laryngologische Mittheilungen im Jahresbericht der Klinik für Laryngoskopie an der Wiener Universität 1871/1873. Wien. Braumüller. 1875.
10. Officieller Ausstellungsbericht der Wiener Weltausstellung 1873; chirurgische Instrumente, Gruppe 14, Section 4. Bericht über die laryngologischen Instrumente.
11. Beitrag zur Behandlung der Larynx-Stenosen. Wien. Braumüller. 1876.
12. Mittheilung über ein von der Herzaction abhängiges an der Lungenspitze mancher Kranken wahrnehmbares Geräusch. (Im Anhange: Das beim Laryngoskopiren, beim Oeffnen des Mundes hörbare systolische Geräusch.) Sitzungsbericht d. kaiserl. Academie d. Wissensch. 1872. Bd. 66. S. 168.
13. Ueber fremde Körper im Schlundkopf, Larynx und der Trachea. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. 1876.
14. Carcinom der Trachea. Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte. Wien, 9. November 1877.
15. Ueber die laryngo- und rhinoskopische Untersuchung bei Kindern. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. 1879. No. 11.
16. Ueber „Chorea laryngis". Allgemeine Wiener med. Zeitung. 1879. No. 7.
17. Ueber Trachealstenosen. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. 1880. No. 12.
18. Ueber die Operation von Kehlkopfpolypen mittels eines Schwammes von Voltolini. Wiener med. Blätter. 1880.
19. Fremde Körper im Schlunde und Kehlkopfe. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. No. 2. 1882.
20. Ueber das Cocainum muriaticum als Anaestheticum für den Larynx. Wiener med. Zeitung. No. 48. 1884.
21. Ueber das Vorkommen von Fettgewebe im Larynx. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. No. 6. 1884.
22. Ueber angeborenen knöchernen Verschluss der Choanen. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. No. 4. 1885.



23. Ueber einen besonders schweren Fall von Diphtherie. Laryngol. Section der 59. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. 1886.
24. Carcinom der Lunge oder Tuberculose? Allgemeine Wiener med. Zeitung. No. 48, 49 u. 50. 1886.
25. Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Nase und des Rachens. Wien. Braumüller. 1887—1892.
26. Ueber die Operation eines selteneren Kehlkopfpolypen. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. No. 3. 1887.
27. Sarkom der Trachea. Wiener med. Anzeiger. No. 30. 1887.
28. Zur Diagnose des Aorten-Aneurysmas. Wiener klin. Wochenschr. No. 1, 2, 3. 1889.
29. Ueber das Vorkommen der Syphilis der oberen Luftwege. Wiener klin. Wochenschr. No. 37/38. 1890.
30. Beitrag zur Aetiologie der Lungengangrän nebst Bemerkungen zur Anatomie der grossen Bronchien. Wiener klin. Wochenschr. No. 45. 1890.
31. Bisherige Erfahrungen über das Koch'sche Heilverfahren mit besonderer Berücksichtigung der Kehlkopftuberculose. Wiener klin. Wochenschr. No. 51. 1890.
32. Fremdkörper im Kehlkopfe mit Perforation der Cart. thyr. und Abscessbildung nach aussen. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. No. 5. 1893.
33. Beitrag zur Kenntniss des Verlaufes des Skleroms der Luftwege. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. No. 5. 1895.
34. Vorlesungen über die Krankheiten der Luftröhre. W. Braumüller. Leipzig und Wien. 1896.
35. Heilbarkeit der Tuberculose. Wiener klin. Wochenschr. No. 29. 1899.
36. Zur Heilbarkeit der Tuberculose. Zeitschrift f. Tuberculose. I. 1900.
37. Zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen. Stuttgart. Ferd. Enke. 1901.
38. Contribution on the curing of tuberculosis in sanitaria. Read before the New York Medico-Legal Society and American Congress of Tuberculosis. Mai 1901.
39. Dilatationsmethoden für tiefsitzende Stenosen der Trachea. Vortrag auf dem XIV. Internationalen Congress zu Madrid. 1903.
40. Ueber die Monatscuren in der Behandlung der Tuberculose. Tuberculosis. Vol. I. No. I.
41. Zum Symptomencomplex des Morbus Basedowii. 74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. 1902.
42. Der 100. Geburtstag Senor Manuel Garcia's und der 50. Gedenktag der Erfindung des Kehlkopfspiegels. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. No. 4. 1905.
43. Kehlkopf und Luftröhre in v. Zeissl's „Lehrbuch der venerischen Krankheiten". 1902.
44. Ueber Dr. Bulling's Inhalationsverfahren. Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1902.
45. Robert Koch's Bedeutung für die Bekämpfung der Tuberculose. Deutsche med. Presse. No. 23. 1903.
46. Neue Versuche über Inhalationstherapie. Tuberculosis. Vol. II. No. 5.

47. Zum Studium der Frage der Disposition der Tuberculose. Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1904.
48. Der neu entfachte Prioritätsstreit Garcia-Türck-Czermak. Berliner klin. Wochenschr. No. 16.
49. Ein seltener Fall von Tuberculose. Wiener klin. Wochenschr. No. 43. 1905.
50. Eine neue Beleuchtungsart von Canälen und Höhlen. Berl. klin. Wochenschr. No. 47. 1906.
51. Demonstration einer neuen Beleuchtungslampe für das Oesophagoskop und das Bronchoskop. Verhandlungen der Deutschen otologischen Gesellschaft. 1./2. Juni 1906.
52. Leukämische Infiltrate des Rachens und Kehlkopfs bei mononucleärer Leukämie. Wiener laryngologische Gesellschaft. März 1907.
53. Morbus Basedowii. Med. Klinik. No. 14. 1908.

II. Die Entwickelung der Laryngologie und Rhinologie bei den einzelnen Nationalitäten.

Ein Jubiläums-Beitrag zur Geschichte der Laryngo-Rhinologie in den Jahren 1858—1908

von Dr. J. Sendziak (Warschau).

Den Theilnehmern des Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses in Wien gewidmet.

(Fortsetzung und Schluss.)

VI. Belgien und Holland*).

In Belgien giebt es vier Universitäten, von denen zwei, nämlich die in Gent (franz. Gand) und Lüttich (franz. Liège) Staatsinstitute sind, die anderen jedoch, die katholische Universität in Löwen (franz. Louvain) und die Frei-Universität in Brüssel (franz. Bruxelles) unabhängig sind.

An der Universität in Gent lehrte seit dem Jahre 1886 Eeman als „chargé des cours" (d. h. als Privatdocent) anfänglich nur Otologie; drei Jahre später nahm er als Professor der inneren Medicin neben der Ohrenheilkunde auch die Rhino-Laryngologie in seinen Wirkungskreis auf. Erst vor zwei Jahren wurde er zum Director der oto-rhino-laryngologischen Klinik ernannt, deren Besuch jedoch nicht für den Studenten obligatorisch ist.

An der Universität in Lüttich lehrte ebenfalls seit dem Jahre 1886 Schiffers anfänglich nur Rhino-Laryngologie als „chargé des cours", seit 1888 be-

---

*) Für die ausführlichen Notizen über Belgien und Holland spreche ich an dieser Stelle den Herren Dr. Delsaux in Brüssel und Prof. Burger in Amsterdam meinen herzlichen Dank aus. Derselbe Dank gebührt — was leider an den betreffenden Stellen vergessen wurde — für die Informationen bezüglich Oesterreich-Ungarn und Frankreich den Herren O. Chiari (Wien), Frankenberger (Prag), Onodi (Budapest), bezw. Moure (Bordeaux) und Lermoyez (Paris).



kleidet er das Amt eines ordentlichen Professors und Vorstandes der Universitäts-Poliklinik und Klinik fur Oto-Rhino-Laryngologie.

Obgleich auch hier der Unterricht in der Oto-Rhino-Laryngologie für den Studenten nicht obligatorisch ist, werden von dieser Universität Specialdiplome für dieses Fach gegeben*), eine Einrichtung, die leider meines Wissens sonst nirgends existirt.

An der Universität in Löwen lehrt die Oto-Rhino-Laryngologie und leitet die oto-rhino-laryngologische Poliklinik und Klinik Baudois, Professor der pathologischen Chirurgie, welcher ebenso wie Prof. Eeman Studenten in diesen Fächern examiniren kann; obligatorisch aber ist das Studium nicht und ebensowenig ist Oto-Rhino-Laryngologie obligatorischer Examengegenstand.

An der Universität in Brüssel lehrte seit dem Jahre 1887 Privatdocent („agrégé") Capart die Rhino-Laryngologie. Diesen Lehrstuhl hat gegenwärtig Cheval inne. Nach dem Tode (1900) des berühmten Otologen Delstanche lehrt die Otologie als Privatdocent („agrégré") Delsaux, Redacteur des einzigen in Belgien erscheinenden Specialjournals „La Presse oto-laryngologique Belge" — einer der thätigsten und verdienstvollsten gegenwärtigen Specialisten in Belgien —, Verfasser werthvoller oto-rhino-larygologischer Arbeiten. Beide „agrégés", Cheval und Delsaux, beschäftigen sich sowohl mit Otologie als auch Laryngologie; sie leiten die Universitätsklinik und Klinik, welche den Namen „Cliniques complémentaires" führen und deren Besuch nicht für Studenten obligatorisch ist. Ausser diesen oben erwähnten hervorragendsten Vertretern der Laryngo-Rhino- resp. Otologie in Belgien muss ich noch folgende Specialisten, deren Namen gleichfalls in der Literatur einen guten Klang haben, erwähnen, nämlich in Brüssel Bayer, Goris, Hennebert, Labarre, Laurent, Hicquet; in Lüttich Beco; in Ypres Delie; vor allem aber Broeckaert in Gent, den Verfasser ausgezeichneter physiologischer Arbeiten über die Innervation des Kehlkopfes und begeisterten Vorkämpfer der Paraffinprothesen.

In Belgien sind keine Lehrbücher der Rhino-Laryngologie erschienen, dagegen ziemlich viele ausgezeichnete Monographien, von denen ich nur als die wichtigsten erwähnen will: de Beule: „Recherches expérimentelles sur l'innervation motrice du Larynx", 1902; Delsaux: „Les complications endocraniennes des sinusites de la face". La Presse oto-laryng. Belge, 1905; weiter: Broeckaert: „Etude sur le nerf récurrent laryngé; son anatomie et sa physiologie normales et pathologiques", 1902—1903, sowie desselben Verfassers neueste Arbeit: „Les indications pour la prothèse de paraffine". Le Laryngoscope. 1908.

Im Jahre 1895 wurde unter dem Präsidium des verstorbenen Prof. Delstanche die „Société Belge d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie" gegründet, welche gegenwärtig 80 active und 60 correspondirende Mitglieder zählt und ihre Arbeiten in einem besonderen Bulletin veröffentlicht.

*) Ohne dieses Diplom practiciren gegenwärtig viele (circa 40) Oto-Laryngologen in Belgien, mit Diplom jedoch 80 Specialisten!



Holland.

Bis vor Kurzem war die Rhino-Laryngologie an den Niederländischen Universitäten officiell gar nicht vertreten, mit Ausnahme von Utrecht, wo Brondgeest (gestorben 1904) „Lector“ für Laryngologie und Pharmacodynamie (!) war. In Amsterdam war der durch seine Studien über „Aprosexia nasalis“ bekannte Guye (1905 gestorben) ausserordentlicher Professor der Ohrenheilkunde. Weiter gab es an sämmtlichen Universitäten Privatdocenten für Rhino-Laryngologie, nämlich:

in Amsterdam: Burger uud Posthumus Meyjes;
in Leiden: Nijkamp (verstorben im Jahre 1899);
in Utrecht: Huysmann;
in Groningen: Schutter.

Seit kurzer Zeit haben sich die Verhältnisse in Bezug auf den oto-rhino-laryngologischen Unterricht erheblich gebessert. Nach dem Tode Guye's ist in Amsterdam sein Nachfolger, Dr. Burger, zum ausserordentlichen Professor und Vorstand der oto-rhino-laryngologischen Klinik und Poliklinik ernannt worden.

Im Jahre 1907 sind dann auch an den übrigen drei Universitäten officielle Docenten ernannt worden, alle für Ohrenheilkunde und Rhino-Laryngologie:

in Leiden: Dr. Kan zum ausserordentlichen Professor;
in Utrecht: Dr. Quid zum Lector, endlich
in Groningen: Dr. Schutter zum ausserordentlichen Professor*).

An jeder Universität existirt eine officielle Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, welche unter der Leitung des genannten Docenten steht.

Unter den Niederländischen Specialisten nimmt ohne Zweifel die erste Stelle der oben erwähnte Prof. Burger ein, Verfasser vieler ausgezeichneter Monographien und Arbeiten, vor allem über Innervation des Kehlkopfes. Ausser den bereits erwähnten Docenten und Professoren sind noch zu nennen: Moll in Arnheim, Pel in Amsterdam, Mink in Zwolle, Zwaardemaker, Professor der Physiologie in Utrecht, dessen Name eng mit der Rhinologie wegen seiner Arbeiten über die Physiologie des Geruchs verknüpft ist.

Auch in Holland ist kein Handbuch der Laryngo-Rhinologie erschienen; 1905 veröffentlichte Prof. Burger zusammen mit Zwaardemaker ein grosses Lehrbuch der Ohrenheilkunde in niederländischer Sprache. Dagegen ist an werthvollen grösseren Arbeiten bezw. Monographien kein Mangel; es seien nur erwähnt:

Burger: „Die laryngealen Störungen bei Tabes dorsalis“. Leyden 1891.
„Die Frage der Posticuslähmung“. Volkm. Samml. 1892.
„Das Empyem der Highmorshöhle“. Ebendas. 1894. etc. etc.
Zwaardemaker: „Die Physiologie des Geruchs“. Leipzig 1895 etc. etc.
Moll: „Die oberen Luftwege und ihre Infection“. Volkm. Samml. 1902.
Rijkman: „Radiographie des Kehlkopfs“. Fortschr. Röntg. Bd. VII. etc.
Mink: „Die Nase als Luftweg“. Bresgen's Samml. Bd. VII. H. 5. 1904.

*) Die ausserordentlichen Professoren sind in Holland — im Gegensatz zu Deutschland — Mitglieder des academischen Senates und der medicinischen Facultät: die Lectoren dagegen nicht. Letztere dürften also in der academischen Hierarchie die Stelle der deutschen ausserordentlichen Professoren einnehmen, allein ohne den hier besonders werthvollen Professortitel!



Schutter: „Le nez et la bouche comme organes de la respiration". Annal. des mal. d. l'oreille. XIX.
Tondeles: „Die Pathologie der Pharynxdivertikel". Diss. Leyden 1894.
Wilkens: „Ueber die Bedeutung der Durchleuchtung für die Diagnose der Kieferhöhlenerkrankung". Diss. Leyden 1896.
Prof. Einthoven (Utrecht): „Physiologie des Rachens". In Heym. Handb. Köln a. Rh. 1899.

und viele andere, welche hier wegen Mangels an Raum nicht berücksichtigt werden konnten.

Im Jahre 1893 (also viel früher als in Belgien) wurde die „Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde" gegründet unter dem Präsidium des verstorbenen Guye. Der gegenwärtige Vorsitzende ist **Moll**.

Die Gesellschaft zählt jetzt ungefähr 60 Mitglieder.

Im Allgemeinen existiren in den Niederlanden keine sogenannte „reine" Laryngologen, d. h. Specialisten für Rhino-Laryngologie, die nicht Ohrenheilkunde betreiben.

VII. Italien.

Der erste, welcher in Italien die Laryngoskopie im Jahre 1864 eingeführt hatte, war, wie es scheint, Gentile. Die eigentlichen Gründer jedoch der italienischen Laryngologie sind Labus in Mailand und Massei, der erste Professor der Laryngologie (seit 1882) und Director der ersten laryngologischen Klinik in Neapel, dessen Name in der ganzen laryngologischen Welt wohl bekannt ist, vor allem durch seine Arbeit über Erysipel des Kehlkopfes.

Gegenwärtig bestehen fast an allen Universitäten Italiens Lehrstühle für Laryngo-Rhinologie, welche leider meist von der Otologie nicht getrennt sind. So z. B. functionirte noch im Jahre 1881 de Rossi, der berühmte Professor der Otiatrie an der Universität zu Rom, gleichzeitig als Docent der Laryngologie: nach seinem Tode übernahm die Leitung der oto-laryngologischen Klinik an dieser Universität der bekannte Prof. Ferreri. Ausserdem lehren noch als Docenten und Professoren der Oto-Rhino-Laryngologie: Egidi, Nuvoli und Geronzi in Rom. Cozzolino (Professor und Vorstand der oto-rhinologischen Klinik), Trifiletti, Fasano, Gentile, Tanturri, Damieno und Borgoni in Neapel, letzterer Redacteur des „Giornale Ital. di Laring. etc."; weiter in Pisa Professor Grazzi, in Florenz die Professoren Ostino und Toti; in Genua Prof. Masini, Verfasser bekannter physiologischer Arbeiten über die Innervation des Kehlkopfs, sowie die Docenten Genta, Strazza und Poli; in Pavia Prof. Nicolai, Herausgeber von ausgezeichneten laryngo-rhinologischen Atlanten; in Mailand Avoledo und Prof. Della Vedova, dessen bakteriologische Arbeiten über Ozaena (bacilli pseudodiphtheritici — als Ursache dieses Leidens) erwähnt seien und der Redacteur des Specialjournals „La pratica otolaringoiatrica" ist; in Padua Docent Arslan, in Turin Prof. Gradenigo*), Vorstand der oto-rhino-laryngologischen Klinik, Verfasser einer ausgezeichneten Monographie über Hypertrophie der Rachen-

*) Welchem ich für diese Notizen meinen besten Dank ausspreche.

tonsille; sowie die Docenten Dionisio, Gavello und Calamida, ferner: d'Aguano, Faraci, Pusateri und Ficano in Palermo; Prof. Ottolenghi in Siena, schliesslich der verstorbene Prof. Corrado-Corradi in Verona.

Ausser diesen Inhabern academischer Lehrstühle seien noch folgende hervorragende Specialisten genannt: Rosati, sowie der verstorbene Marchiafava in Rom, Martuscelli in Neapel, Luzzati in Turin, Brunetti, Putelli und Mengotti in Venedig, Ciarrago-Barrella, Altara, Stefani, Calvino und de Simoni in Cagliari (Sardinia); die Docenten Canepele, Mongardi, Ajutolo, sowie Secchi in Bologna; schliesslich Citelli in Catania (Sicilien).

Was die italienischen laryngo-rhinologischen Lehrbücher anlangt, so existiren deren nur zwei:

1. Massei: Patologia e terapia della faringe, delle fosse nasali e della laringe. Napoli e Milano 1890. I. V. Laringe e fosse nasali. II. V. Laringe. Ins Deutsche von Fink übersetzt 1902.

2. Gradenigo: Patologia e terapia dell'orecchio e delle prime vie aeree. Torino 1904.

Ausserdem giebt es einen laryngo-rhino-otologischen Atlas, nämlich von Nicolai: Oto-Rino-Laringoscopia ed Esofagoscopia. Anatomia, topografia e metodi di esame del naso, faringe, orecchio ed oesophago. Milano 1903.

Von den wichtigeren Monographien muss ich vor allem die folgenden erwähnen:

Massei: Erisipela della laringe. 1885. Riv. chir. e ter.

Bottini: La chirurgia del collo. Milano 1897.

Calvino: Sul potere attenuante e microbicida delle mucose. Arch. ital. d'otol. etc. 1899. VIII.

Gradenigo: Die Hypertrophie der Rachentonsille. Haug's klin. Vorträge. Bd. IV. H. 4. 1901.

Alhaique: Chirurgia dei seni della facia. Napoli 1907.

und viele andere, für deren Aufzählung der Raum mangelt.

Ausserordentlich reich ist Italien an laryngo-rhino- bezw. otologischen Journalen:

1. Archivio italiano di laringologia. Napoli; die älteste im Jahre 1880 von Massei gegründete Fachzeitschrift.

2. Archivio italiano d'Otologia, Rinologia e Laringologia. Von Professor de Rossi und Prof. Gradenigo im Jahre 1893 in Turin gegründetes sehr bedeutendes Journal. Gegenwärtige Redacteure Prof. Gradenigo und Prof. Ferreri.

3. Bolletino delle malattie dell'orecchio della gola e del naso. Monatlich erscheinendes von Prof. Grazzi in Florenz gegründetes Journal.

4. Annali di Laringologia e Otologia, Rinologia e Faringologia. Genova. 1900 von Prof. Masini gegründet.

5. Archivio internazionale di Laringologia, Rinologia e Otologia etc.

6. La Pratica otolaringoiatrica. Milano. Redacteur Prof. Della Vedova. Erscheint seit 1900 alle zwei Monate.

7. Giornale italiano di Laringologia, Otologia e Rinologia. Napoli. Redacteur Prof. Borgoni seit 1900.



Die Fachgesellschaften sind:

1. Im Jahre 1887 wurde eine „Otolaringologica Sezione del Congresso medico generale" in Pavia unter dem Präsidium von Longhini ins Leben gerufen, aus ihr entstand:

2. Im Jahre 1892 in Siena die von Prof. Geronzi gegründete „Società italiana di Laringologia, d'Otologia e di Rinologia". Dieselbe hält ihre Versammlungen jährlich in verschiedenen Städten Italiens ab; die letzte im Jahre 1907 in Rom unter dem Präsidium Prof. Nicolai's.

VIII. Polen

nimmt, wie ich schon in der Einleitung erwähnt habe, was die Zahl der in den letzten 25 Jahren veröffentlichten Arbeiten auf dem Gebiete der Laryngo-Rhinologie anbelangt, die achte Stelle ein.

Ungeachtet der im Allgemeinen ausserordentlich ungünstigen äusseren Verhältnisse verleugnete die polnische Laryngologie und Rhinologie nicht ihre Kraft, indem sie während der letzten 50 Jahre (1858—1908) einen sehr activen Antheil an der Entwickelung dieser Specialitäten nahm. Es ist dies ein Verdienst der einzelnen Vertreter der polnischen Laryngo-Rhinologie, zu welchen man vor allem Prof. Pieniazek in Krakau, sowie Heryng und Sokolowski in Warschau zählen muss, deren Namen in der ganzen laryngologischen Welt sich eines guten Klanges erfreuen. Ich muss hier auch betonen, dass einer der Begründer der klinischen Laryngologie, nämlich Czermak, Professor der Rhinologie an der Universtät in Krakau in den Jahren 1856—1857, ein Pole war, sowie dass Prof. Jurasz in Heidelberg, einer der hervorragendsten Vertreter der Laryngo-Rhinologie in Deutschland, und von Mikulicz-Radecki, zuerst Professor der Chirurgie an der Universität in Krakau, später in Königsberg und schliesslich in Breslau, der polnischen Nationalität angehören.

Die laryngologische Bewegung in Polen hat früh angefangen; sofort nach der Entdeckung des Laryngoskopes wurde dieses in Krakau von Gilewski, dem späteren Professor der therapeutischen Klinik, eingeführt, welcher im Jahre 1860 in Wien bei Türck studirt hatte und etwas später in Warschau, nämlich im Jahre 1862 von Baranowski, damals Docent und später Professor der diagnostischen Universitätsklinik. Zu den ersten, welche sich mit der Laryngoskopie bezw. Laryngologie in Warschau beschäftigten, gehören Karwowski und Dobrski. Die ersten Notizen, welche in Polen über die Laryngoskopie und Rhinoskopie veröffentlicht wurden, stammten aus der Feder von Rosicki (1861), Rose (1868), schliesslich Taczanowski (1869), dessen Handbuch der Laryngoskopie und Laryngologie nur ein Compilatorium aus Türck's Klinik der Kehlkopfkrankheiten und Tobold's Lehrbuch der Laryngoskopie ist.

Die ersten grösseren werthvollen Original-Arbeiten, die auf dem Gebiete der Laryngologie in Polen veröffentlicht wurden, stammten aus den Federn der damaligen Krakauer Docenten und gegenwärtigen Professoren der Laryngologie, nämlich Jurasz (jetzt in Heidelberg): „Laryngoskopia" und Pieniazek: „Laryngoskopia oraz choroby krtani i tchawicy", 1879, sowie „Uzupelnienia" etc. 1887.

Seit dieser Zeit hat die polnische Laryngo-Rhinologie mit der Entwickelung

dieser Specialitäten Schritt gehalten. Es ist wahr, dass an der seit ein paar Jahren wegen innerer Unruhen geschlossenen Universität in Warschau kein laryngo-rhinologischer Lehrstuhl existirt; im österreichischen Polen jedoch besteht ein solcher seit langem, in Krakau (einer der ältesten Universitäten, welche im Jahre 1900 das 500jährige Jubiläum ihres Bestehens feierte) ebenso wie seit kürzester Zeit eine laryngologische Universitätsklinik unter der Leitung des früher ausserordentlichen und seit 1903 ordentlichen Professors Pieniazek, sowie der Docenten Baurowicz*) und Nowotny. An der zweiten seit mehr als 10 Jahren in Oesterreich-Polen bestehenden Universität in Lemberg ist schon lange principiell die Einrichtung eines Lehrstuhls und einer Klinik für Oto-Laryngologie beschlossen; zu ihrer Leitung war anfänglich Prof. Jurasz in Heidelberg, dann der Verfasser dieses Artikels ausersehen, jedoch ist gegenwärtig diese Frage noch nicht definitiv gelöst**).

In Warschau bestehen seit einer Reihe von Jahren laryngologische, meistentheils aber laryngo-rhino-otologische Abtheilungen in St. Roch, Heiligem Geist, Kindlein Jesu, evangelischem Praga und jüdischem und anderen Hospitälern unter der Leitung Heryng's (jetzt Dudrewicz und Stamirowski), Sokolowski's (Logucki), Karwowski's (jetzt Swiatecki), Wroblewski's (jetzt Ronthaler und Sinolecki), Verfasser's dieses Artikels (jetzt Polanski), Dobrowolski, Schleifstein, schliesslich Lubliner's, der die am besten eingerichtete Abtheilung für stationäre Kranke hat.

Zu den hervorragenderen Vertretern der Laryngo-Rhinologie in Polen gehören ausser den schon erwähnten Prof. Pieniazek und den Docenten Baurowicz und Nowotny, die sich vor allem durch ihre ausgezeichneten Arbeiten über Sklerom, Tracheo-Bronchoskopie etc. einen Namen gemacht haben, Heryng, dessen Name stets mit der Frage der chirurgischen Behandlung der Larynxtuberculose verknüpft sein wird, Verfasser einer schönen Monographie über die Kehlkopfkrankheiten, und Sokolowski, von dessen Arbeiten aus dem Gebiete der inneren resp. Lungen- wie Kehlkopfkrankheiten vor allen das umfangreiche, ausgezeichnete Handbuch der Krankheiten der Luftwege (Luftröhre, Bronchien und Lungen) erwähnt werden muss, ferner der leider schon so früh gestorbene Wroblewski in Warschau, der über adenoide Vegetationen, Zungentonsille, Abscess der Nasenscheidewand etc. gearbeitet hat, weiter Dmochowski, ebenfalls in Warschau, bekannt durch seine ausgezeichneten anatomisch-pathologisch laryngo-rhinologischen Arbeiten (Empyema et hydrops antri Highmori, adenoide Vegetationen und Zungentonsille, Croup und Erysipel in den oberen Luftwegen etc.), schliesslich Oltuszewski, Meyerson, Lubliner, Srebrny, Swiatecki, Hertz, Logucki, Dobrowolski Zieciakiewicz, Erbrich u. a. m.; ausserdem Przedborski in Lodz, der unter anderem eine bemerkenswerthe Arbeit über Kehlkopfstörungen bei Typhus geliefert hat, Swiezynski in Wilno, Schmurlo in Samara; schliesslich Stachiewicz und Zaleski (Docent der Otiatrie) in Lemberg, Dembinski in Posen etc. Von den ge-

*) Kürzlich zum ausserordentlichen Professor ernannt.
**) Wie es scheint, wird Prof. Jurascz berufen.

storbenen muss ich hier ausser dem schon erwähnten Wroblewski und Modrzejewski (mehr Otologe) vor allem Koehler in Posen, Senior der Oto-Rhinologen im deutschen Polen, anführen.

[Erklärliche Bescheidenheit hat Dr. Sendziak veranlasst, hier seinen eigenen Namen mit Stillschweigen zu übergehen; derselbe darf jedoch in der vordersten Reihe der polnischen Laryngologen nicht fehlen! Red.]

Es existiren in Polen zwei laryngo-rhino-otologische Gesellschaften, nämlich:

1. Eine alle 3 Jahre tagende gemischte Section der allgemeinen Versammlungen der polnischen Aerzte und Naturforscher (die letzte, d. h. X., fand im Jahre 1906 in Lemberg statt) und

2. die im Jahre 1899 von Heryng in Warschau gegründete laryngo-rhino- und otologische Gesellschaft, welche, nach zweijährigem Intervall wieder von Sokolowski ins Leben gerufen, sich eines glücklichen Gedeihens erfreut.

In Polen giebt es im engeren Sinne kein specielles Journal, nur werden in dem vor einigen Jahren von dem verstorbenen Chirurgen Krajewski herausgegebenen „Przeglad Chirurgiczny“ unter anderem auch Themata aus der Otologie und Rhino-Laryngologie behandelt.

An rhino-laryngologischen Lehrbüchern ist in Polen eine grosse Zahl erschienen; schon erwähnt habe ich das erste 1879 erschienene Handbuch der Kehlkopfkrankheiten aus der Feder Prof. Pieniazek's; zwei ersten der polnischen Lehrbücher über die Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes (1898), sowie über die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Speiseröhre (1900) wurden vom Verfasser dieses Artikels veröffentlich; ferner erschienen in dem Sammelwerke über die inneren Krankheiten von Prof. Jaworski in Krakau, sowie in der Diagnostik der inneren Krankheiten von Bieganski in Czenstochau besondere Monographien über Hals- und Nasenkrankheiten von Prof. Pieniazek in Krakau und Sokolowski in Warschau; weiter die beiden oben erwähnten Handbücher von Sokolowski (Die Krankheiten der Luftröhre und der Bronchien, 1902), sowie Heryng (Die Methoden der Untersuchung und localer Behandlung der Kehlkopfkrankheiten, 1906); beide Werke sind auch ins Deutsche 1906 übersetzt worden.

Nicht nur, was die Zahl der Veröffentlichungen, sondern auch deren Qualität anbelangt, steht die polnische Laryngo-Rhinologie auf der Höhe der Wissenschaft.

Abgesehen von den oben erwähnten Monographien und Handbüchern sind in Polen eine ganze Reihe werthvoller kleinerer oder grösserer Arbeiten resp. Monographien erschienen, von welchen ich nur die wichtigsten erwähnen werde:

Pieniazek: „Die Verengerungen der oberen Luftwege“, 1901; sowie „Das Sklerom“, „Das Pharyngosklerom“, „Chronische infectiöse Infiltrationszustände im Larynx und Trachea (Laryngitis subglottica, Stoerk'sche Blennorrhoea, Sklerom“) in Heymann's Handb. d. Laryngol. u. Rhinol.. 1898--1900; „Ueber Fremdkörper in den oberen Luftwegen“, Przegl. Lek. 1895, etc.

Heryng: „Die Heilbarkeit der Larynxphthise und ihre chirurgische Behandlung“, 1886, auch deutsch, Stuttgart 1887; sowie „Ueber Durchleuchtung der Highmorshöhle bei Empyem“, 1889; „Ueber die Pharyngitis lateralis“, Gaz. lek.

1881; sowie „Mycosis pharyngis leptothricia“, ibidem 1884; „Ueber Elektrolyse“, 1892, Przegl. lek.; sowie „Inhalationsmethoden“, ibidem 1906, etc.

Sokolowski: „Larynxerkrankungen bei chronischen und allgemeinen Erkrankungen“. In Heymann's Handb. der Lar. u. Rhin. 1898—1900 und Odczyty kliniczne, 1898; weiter „Ueber Laryngitis chron. hypoglottica“, Gaz. lek. und „Beitrag zur Pathologie und Therapie der entzündlichen Processe der Gaumenmandel“ zusammen mit Dmochowski). Ibidem 1898, etc.

Baurowicz: „Ueber Aetiologie der Ozaena“, 1895, Przegl. lek.; sowie „Ueber die Centren und Nerven des Kehlkopfs in Bezug auf die Phonation“. Ibidem 1896, etc.

Nowotny: „Bronchoskopie und bronchoskopische Behandlung von Bronchialasthma“. Przegl. lek. und Mon. f. Ohrenheilk. etc. 1907. No. 12, etc.

Wroblewski: „Ueber die adenoiden Vegetationen“. Gaz. lek., 1889; sowie „Ueber die Hypertrophie der Zungentonsille“. Ibidem, 1892. „Ueber acuten Abscess der Nasenscheidewand“. Ibidem, 1894, etc.

Dmochowski: „Ueber Empyema antri Highmori“. Pam. Tow. Lek., 1897; weiter „Ueber die secundären Erkrankungen der Pharynxtonsille und der Balgdrüsen an dem Zungengrund, sowie des Nasenrachenraumes bei den Schwindsüchtigen“, 1889 und 1894. Gaz. lek.; ferner „Ueber Croup“, sowie „Ueber Erysipel der oberen Luftwege“. Now. lek., 1892 und 1902, etc.

Dobrowolski: „Ueber die lymphatischen Follikel der Schleimhaut der Speiseröhre etc.“ 1892. Pam. Tow. Lek.

Schliesslich Verfasser dieses Artikels: „Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberculose“. Kron. Lek., 1889; auch in englischer Sprache in Journ. of Laryng., 1889. „Nasen-, Rachen-, Kehlkopf- und Ohrenstörungen bei den acuten infectiösen Krankheiten“. Now. Lek., 1900; sowie „Aetiologie der sogenannten Angina follicularis“ (bakteriologische Arbeit), 1894, Ibidem, auch deutsch im Arch. f. Laryngol, 1895; ferner „Rhinitis chronica atrophicans resp. Ozaena“. Kron. Lek., 1906: schliesslich „Die bösartigen Kehlkopfgeschwülste und ihre Radicalbehandlung“. Przegl. lek. (auch in deutscher Sprache, Wiesbaden 1907) und „Aetiologie der Mycosen in den oberen Luftwegen“. Kron. Lek., 1906 (auch in englischer Sprache in Annals of Otol., Lar. and Rhin., 1906); die beiden letztgenannten Monographien wurden auf den internationalen Preisausschreibungen in Frankreich und Amerika mit der goldenen Medaille gekrönt.

IX. Russland.

Der erste, der in Russland im Jahre 1860 die Benutzung des Kehlkopfspiegels eingeführt hat, war Rauchfuss in St. Petersburg, der Nestor der russischen Laryngologen, der vor Kurzem das 50jährige Jubiläum seiner verdienstvollen Thätigkeit feierte und der unter anderem stets ausgezeichnete Artikel in Gerhardt's Sammelwerke der Kinderkrankheiten „Ueber die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre im Kindesalter“ (1878) verfasst hat. Er hat auch den ersten (1861) bis jetzt noch überall gebrauchten Larynxinsufflator angegeben.

Der zweite Vertreter der russischen Laryngologie wurde Koschlakoff, der

erste Docent (1860) und später Professor der Laryngologie an der medicinischen Academie in St. Petersburg.

Seit dem Jahre 1885 ist Director der ersten laryngo-rhino-otologischen Universitätsklinik in St. Petersburg (Wojenno-Medicinskaja Akademia) Prof. Simanowski. Der zweite officielle Lehrstuhl für Oto-Laryngologie befindet sich am weiblichen medicinischen Institute, ihn hat Prof. Wierchewski inne. Ausserdem lehren im klinischen Institute der Grossfürstin Eleny Pawlowny zwei hervorragende Specialisten, ohne jedoch eine Klinik zu haben, nämlich: die Rhino-Laryngologie Prof. Nikitin, Verfasser der einzigen russischen Lehrbücher der Laryngo-Rhinologie, die Otologie Prof. Okunew, dessen Name in der laryngorhinologischen Literatur gut bekannt ist. Zu den sonstigen renommirten Specialisten gehören noch in St. Petersburg Hellat und Lunin (gegenwärtige und gewesene Referenten der russischen laryngo-rhinologischen Literatur in diesem Blatte), Schirmunski, Sacher, Jacobson, endlich Lewin, der gegenwärtige Redacteur der einzigen Fachzeitschrift („Jeschemiesiacznik etc.“), welchem ich für einige diesbezügliche Notizen meinen besten Dank sage; ferner in Moskau: die Docenten Stepanow, Preobrashensky, Iwanow, sowie Scott, schliesslich v. Stein, seit 1896 Vorstand der berühmten Bazanow'schen Klinik, der hervorragendste Specialist für Ohrenkrankheiten, bekannt jedoch auch in der Laryngo-Rhinologie durch werthvolle Arbeiten; weiter in Kiew Prof. Wolkowicz und Wysokowicz; in Riga Bergengrün, Verfasser einer ausgezeichneten Monographie über Lepra, und viele andere. Von den verstorbenen hervorragenden Specialisten verdienen vor allem erwähnt zu werden Mandelstamm in Kiew und Pogrebinski in Odessa.

Wie ich schon erwähnt habe, sind in Russland nur zwei Lehrbücher der Laryngologie und Rhinologie erschienen; beide haben Prof. Nikitin zum Verfasser:

1. „Die Krankheiten der Nase“. 1882. III. Aufl. 1902 und

2. „Handbuch der Laryngologie und der Krankheiten des Kehlkopfes“. 1884. III. Aufl. 1903.

Von den wichtigsten in den letzen Jahren in russischer Sprache veröffentlichten grösseren Arbeiten resp. Monographien habe ich folgende zu erwähnen:

Genkin: Zur Frage der Action der Galvanokaustik, Lapis, Acidum trichloraceticum und chromicum etc. Moskau 1902.

Bergengrün: Die lepröse Erkrankung der Nase, des Rachens und des Nasenrachenraumes, sowie des Kehlkopfes und der Luftröhre. In Heymann's Handb. der Laryngol. u. Rhinol. 1898 u. 1900.

Terebinski: Einige Angaben zur Frage der bösartigen Larynxgeschwülste und deren operativen Behandlung. Dissert. Moskau 1907.

Szapiro: Zur Frage des Einflusses der erschwerten Nasenathmung auf die morphologische Gestalt des Blutes, Athmung und Kreislauf. Diss. Moskau 1903.

Wysokowicz: Pharyngitis keratosa punctata. Virch. Arch. 1907.

Okunew: Die Resection des Canalis nasolacrymalis bei den Augenkrankheiten. 1908. Jeschemiesiacznik usznych, gorlowych i nosowych boleznicj.

Iwanow: Ueber die Behandlung der acuten und subacuten Erkrankungen der Nebenhöhlen. Ibidem. 1908.

Erbstein: Anatomie, Physiologie und Hygiene der Luftwege und Ohren. St. Petersburg 1908.

In Russland besteht, wie oben erwähnt, seit dem Jahre 1906 eine oto-laryngo-rhinologische Monatsschrift: „Jeschemiesiacznik usznych, gorlowych i nosowych boleznicj", die in St. Petersburg unter der Redaction von Nikitin und Okunew, Schirmunski, Sacher und Lewin (der gegenwärtige Hauptredacteur) erscheint; Mitredacteur ist v. Stein in Moskau.

Was schliesslich die Gesellschaften für Rhinologie und Laryngologie in Russland betrifft, so existiren jetzt die folgenden:

1. Die in Moskau von Scott im Jahre 1897 gegründete „oto-laryngologische Gesellschaft". Vorsitzender: v. Stein.

2. In St. Petersburg die 1902 von Hellat gegründete „oto-laryngologische Gesellschaft". Vorsitzender: Simanowski.

3. Die seit 1906 von Prof. Nikitin ins Leben gerufene „St. Petersburger oto-laryngologische Gesellschaft", deren Organ die oben erwähnte Monatsschrift ist.

4. Schliesslich wird im December dieses Jahres (1908) in St. Petersburg der erste panrussische Congress der Oto-Laryngologen stattfinden.

In Finnland giebt es in der Hauptstadt Helsingfors einen Lehrstuhl für Oto-Laryngologie unter der Leitung Prof. af Forselles. Zu den wichtigsten in Finnland erschienenen Monographien gehört vor allem die von Ziliacus in Helsingfors: „Die Ansbreitung des Platten- und Cylinderepithels im menschlichen Kehlkopfe während der verschiedenen Lebensalter". 1905.

X. Spanien*)

ist, wie bekannt, das Vaterland des Erfinders des Kehlkopfspiegels, Manuel Garcia's, der viele Jahre in London wohnte und dort im Alter von 102 Jahren starb. Begründer der spanischen Laryngologie waren Ariza in Madrid, Verfasser des ersten laryngo-rhinologischen Handbuches (1888), sowie Roquer y Casadesus in Barcelona, beide gestorben.

Der Unterricht der Oto-Rhino-Laryngologie ist in Spanien erst seit dem Jahre 1902 obligatorisch geworden: alle Professoren sind provisorisch ernannt entweder für den officiellen oder freien Unterricht. An der Universität in Madrid hat den officiellen Lehrstuhl Prof. Cisneros inne, bekannt vor allem durch seine Arbeiten über Exstirpation des Kehlkopfes beim Krebs; den freien Unterricht üben aus: Rueda, Forns und Tapia, endlich Horcasitas, Compaired etc.

An der Universität Barcelona: für den officiellen Unterricht Sajo, für den freien Unterricht Botey, Martin und Sune, von denen der erstgenannte zu den hervorragendsten Vertretern der spanischen Laryngo-Rhinologie gehört und unter

*) Für einige Notizen, betreffend den Unterricht der Laryngo-Rhinologie in Spanien spreche ich an dieser Stelle Dr. Tapia in Madrid meinen herzlichen Dank aus.

anderem, ein rhino-laryngologisches Handbuch (1895) verfasst und eine sehr besuchte Klinik hat.

An der Universität Granada: Oloriz für den officiellen Unterricht (früher der verstorbene Prof. Pelaez); in Zaragoza: Fairen; in Sevilla: Magro; in Salamanca: Pinilla; in Valencia: Bartual; in Valadolid: Vargas; endlich in Cadiz: Portela; alle für den officiellen Unterricht.

Ausser diesen oben erwähnten officiellen Vertretern der Laryngo-Rhino- resp. Otologie an den spanischen Universitäten sind noch folgende namhafte Specialisten zu nennen: Prof. de la Sota y Lastra in Sevilla, Verfasser des Lehrbuches: „Theoretisches und practisches Handbuch über Nasen- sowie Rachen- und Kehlkopfkrankheiten" 1900—1902), Botella, Urunuela, Gomez de la Mata, Martinez, alle in Madrid.

Es giebt in Spanien ausserordentlich viel (vielleicht zu viel!) Specialjournale, nämlich:

1. „Archivos Internacionales de Laringologia, Otologia y Rinologia". Barcelona.

2. „La Oto-Rino-Laringologia Espanola". Madrid.

3. „Revista de Laringologia, Otologia y Rinologia", in Barcelona von Roquer y Casadesus gegründetes Journal.

4. „Gaceta de Ophthalmologia, Otologia y Laringologia"; seit 1885 in Madrid. Redacteur Gomez de la Mata.

5. „Annales de Otologia y Laringologia". Red. Martinez Esteban.

Endlich 6. „Boletin de Laringologia, Otologia y Rinologia". Madrid. Red. Prof. Cisneros.

Es existirten oder existiren in Spanien die folgenden Fachvereine:

1. Die im Jahre 1886 von Ariza gegründete „Sociedad Espanola di Laringologia, Otologia y Rinologia", die nur eine kurze Lebensdauer hatte.

2. Der im Jahre 1896 von Compaired in Madrid gegründete „Primero Congresso Espanol di Oto-Rino-Laringologia" unter dem Präsidium von Calleja: die zweite Versammlung tagte in Barcelona unter dem Präsidium von Roquer y Casadesus; weitere Congresse fanden nicht statt.

3. Im Jahre 1899 wurde in Madrid die Sociedad Espanola di Laringologia, Otologia y Rinologia gegründet, und

4. im Jahre 1906 „Section oto-laringologica del Academia medico quirurgica Espanola".

Ausser den oben erwähnten Handbüchern de la Sota's, sowie klinischen laryngo-rhinologischen Darstellungen von Ariza und Botey giebt es eine ganze Anzahl grösserer und kleinerer spanischer Einzeldarstellungen aus dem Gebiete der Laryngo-Rhinologie, von welchen ich jedoch nur die neueste von Prof. Cisneros erwähne: „La laringectomia total en dos tempis". Madrid 1908.

XI. Die Skandinavischen Königreiche [Schweden, Norwegen und Dänemark]*).

Unter den skandinavischen Ländern hat die Laryngologie und Rhinologie die höchste Entwickelung in Dänemark erreicht. Dänemark, als das Vaterland des berühmten Otologen Wilhelm Meyer in Kopenhagen, des „Vaters der adenoiden Vegetationen", welchem, wie ich schon erwähnt habe, wegen seiner ausserordentlichen Verdienste die Oto-Rhino-Laryngologen aller Länder am Ende des vorigen Jahrhunderts — also ungefähr 30 Jahre nach der Publication seiner berühmten Arbeit (1868) — in seiner Geburtsstadt ein Monument errichtet haben. In Kopenhagen besteht seit kurzer Zeit ein officieller Lehrstuhl und eine Universitätspoliklinik der Oto-Rhino-Laryngologie (neben einer Klinik für Otiatrie) unter der Leitung von Prof. Schmiegelow.

Die Studenten müssen die Klinik obligatorisch während eines Semesters besuchen und die Vorlesungen hören; Oto-Laryngologie ist aber kein Examensfach.

Director der oto-laryngologischen Poliklinik und Klinik im Communehospital in Kopenhagen ist Prof. Holger Mygind, Verfasser des einzigen dänischen Handbuches über die Krankheiten der oberen Luftwege (1900).

Zu den hervorragendsten Laryngo-Rhino- resp. Otologen in Dänemark gehört Lange in Kopenhagen, Verfasser von Arbeiten über die adenoiden Vegetationen (1879), sowie über Erkrankungen der Nasenscheidewand (1900) in Heymann's Handb. der Laryngol. u. Rhinol., sowie Grönbeck, Jörgen Möller etc.

In Dänemark ist eine grosse Anzahl rhino-laryngologischer Einzelschriften erschienen; ich werde hier nur die wichtigsten erwähnen:

Grönbeck: Ueber Nasenrachenpolypen, insbesondere die fibrösen. Dissert. 1888.

Paulli: Ueber die Pneumacität des Schädels bei den Säugethieren. Habilitationsschr. 1899.

Jörgen Möller: Die Untersuchungen über die vergleichende Anatomie der Kehlkopfmuskulatur der Säugethiere mit besonderer Rücksicht auf den Menschen. Kopenhagen 1901.

Schousboe: Von Bakterien in der normalen Nasenhöhle und der bakterientödtenden Fähigkeit des Nasensekretes. Dissert. 1901 und viele andere, welche ich hier wegen Mangel an Raum nicht erwähnen kann.

Auf die Initiative Schmiegelow's entstand im Jahre 1899 die dänische oto-laryngologische Gesellschaft.

In Norwegen lehrt die Oto-Rhino-Laryngologie an der Universität Christiana Uchermann, der anfangs Docent war und seit dem Jahre 1896 die Professur bekleidet. Er ist seit dem Jahre 1892 auch Vorstand der oto-laryngologischen Universitätsklinik und Poliklinik.

Der Besuch eines dreimonatlichen Cursus ist zwar obligatorisch, jedoch ist die Rhino-Laryngologie kein Examensgegenstand.

---

*) Für die gefälligen diesbezüglichen Notizen sage ich an dieser Stelle den Herren Prof. Schmiegelow und Prof. Holger Mygind in Kopenhagen, sowie Prof. Uchermann in Christiania meinen herzlichen Dank.

Von anderen hervorragenden norwegischen Specialisten muss ich Bull, Daae und Heidenreich, alle in Christiania, erwähnen.

Zu den wichtigsten, in Norwegen erschienenen Arbeiten gehören:

Prof. Uchermann: Die chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose (1889), sowie: Cancer laryngis und seine operative Behandlung (1890—1897), weiter: Laryngitis rheumatica circumscripta nodosa (1897); Ueber den exspiratorischen Stimmritzenkrampf (1898—1899) etc. etc.

Bull: Ueber gutartige Kehlkopfgeschwülste und ihre Behandlung (1877).

Vetlassens: Aetiologische Studien über Struma (1887) Christiania etc.

In Schweden werden von Stangenberg officielle Vorlesungen und Curse über Oto-Laryngologie an der Universität Stockholm gehalten, aber die Studien sind nicht obligatorisch.

Von anderen hervorragenden schwedischen Specialisten seien genannt: Holmgren, Lagerlöf, Hokanson etc.

In Schweden besteht seit Kurzem (1906) die „Schwedische oto-laryngologische Gesellschaft“.

Von den wichtigsten in Schweden publicirten Arbeiten erwähne ich: Landström (Stockholm): „Ueber Morbus Basedowii, eine chirurgische und anatomische Studie“, 1907.

In Schweden wie in Norwegen giebt es kein Specialjournal und keine laryngorhinologischen Lehrbücher.

XII. Schweiz*).

Nur in drei schweizerischen Städten, nämlich in Basel, Bern und Lausanne, giebt es oto-laryngologische Kliniken und Polikliniken, und zwar in Basel unter der Leitung des ordentlichen Professors Siebenmann, der ausser durch seine otologischen Arbeiten unter anderem bekannt ist durch seine Publicationen über das Wesen der sogenannten „Mycosis lepthotricia pharyngis“, welche Krankheit er Hyperkeratosis benennt. Er gehört zu den hervorragendsten Vertretern der Oto-Rhino-Laryngologie in der Schweiz. Ausserdem lehrt in Basel als Docent für Oto-Rhino-Laryngologie Oppikofer.

An der Universität in Bern giebt es zur Zeit nur eine oto-rhino-laryngologische Poliklinik, demnächst auch eine Klinik unter Leitung Prof. Valentini's: ferner wirken dort Prof. Lüscher und Prof. Lindt.

Zu den hervorragendsten Specialisten gehören in Bern auch Docent Jonquière, sowie Schönemann.

In Lausanne leitet die oto-rhino-laryngologische Klinik und Poliklinik Prof. Mermod nach dem Tode Prof. Secretan's.

Sonderbarerweise haben Genf und Zürich weder Klinik noch Poliklinik für Oto-Rhino-Laryngologie.

In Genf dociren: Wyss, Guder, Fannin, Nägeli. In Zürich lehren Oto-Rhino-Laryngologie die Docenten: Rohrer (mehr Otologe), Suchannek (jetzt

*) Für diese Notizen sage ich Herrn Prof. Siebenmann in Basel, sowie Doc. Jonquière in Bern meinen herzlichen Dank.

in Deutschland), Verfasser vorzüglicher anatomo-pathologischer Arbeiten auf unserem Gebiete, Wild und Nager jun.

Ausserdem muss ich hier noch einige schweizerische Namen erwähnen, welche, obgleich ihre Träger nicht eigentliche Laryngologen, doch eng mit der Laryngo-Rhinologie verbunden sind, nämlich vor allem Prof. Kocher in Bern, den berühmten Chirurgen, Verfasser wichtiger Arbeiten, besonders über Kropf (Kocher's „Cachexia strumipriva"), Prof. Gaule und Stöhr, beide in Zürich, Verfasser physiologischer und bakteriologischer und anatomo-pathologischer Arbeiten aus dem Gebiete der Laryngo-Rhinologie.

Von den in der Schweiz erschienenen Monographien seien aufgeführt:

Stöhr: „Ueber Mandeln und Balgdrüsen". Virch. Arch. Bd. 97. 1884, sowie: „Die Entwickelung des adenoiden Zellgewebes, der Zungenbälge und der Mandeln des Menschen". Zürich 1891.

Wyss: „Etude clinique des complications auriculaires de l'ozène". Diss. Genève 1886.

Mégerand: Contribution à l'étude anatomo-pathologique des maladies de la voute du pharynx". Thèse Lausanne. 1887 Genève.

Suchannek: „Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Rachengewölbes". Habilitationsschrift. Jena 1888; sowie „Ueber Tuberculose der oberen Luftwege". Halle 1902.

Gaule: „Physiologie der Nase und ihrer Nebenhöhlen". In Heymann's Handb. der Laryngol. u. Rhin. 1900 etc.

Fachzeitschriften, Lehrbücher, sowie Gesellschaften (die schweizerischen Specialisten betheiligen sich an den Sitzungen des Vereins der süddeutschen Laryngo-Rhinologen in Heidelberg) fehlen in der Schweiz gänzlich.

XIII. Japan

besitzt schon seit 1901 eine oto-laryngologische Universitätsklinik in Tokio unter der Leitung des bekannten Prof. Okada, eines Schülers B. Fränkel's, des ersten Referenten über japanische Literatur in diesem Blatte seit 1896 (gegenwärtig ist dies Ino Kubo in Fukuoka).

Im Jahre 1895 entstand auf die Initiative von Kanasugi in Tokio die japanische oto-rhino-laryngologische Gesellschaft unter dem Präsidium des Prof. Okada.

Von hervorragenderen Specialisten sind zu nennen: Kimura, Okamura, Nakamura, Nishyama etc.

In anderen Ländern, wie Portugal, Serbien, Bulgarien, Rumänien*), Griechenland, sowie Türkei und China fehlt fast jede Bethätigung auf rhino-laryngologischem Gebiet, bekannt sind nur die Arbeiten von Toakyroglous in Smyrna und von Photiades in Konstantinopel (in griechischer Sprache „Mittheilungen aus dem Gebiete der Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten", Athen

*) In der letzten Zeit (1907) hat sich in Bukarest eine rumänische oto-rhino-laryngologische Gesellschaft constituirt.



(1884), schliesslich von Felix in Bukarest: „Paralysies laryngéales dans le goitre". Arch. int. de Lar.. 1907. No. 7.

Ich bin am Schluss meines historischen Ueberblicks der Entwickelung der Laryngologie und Rhinologie bei den einzelnen Nationalitäten.

Da es mir unmöglich war, in diesem kurzen Abriss etwaige Ungenauigkeiten resp. Auslassungen zu vermeiden und da ich, wie schon in der Einleitung erwähnt, mit der ausführlichen Bearbeitung dieser Frage gegenwärtig beschäftigt bin, so würde ich sehr dankbar sein, wenn die verehrten Leser dieses Blattes gefällige Ergänzungen direct an mich (Warschau — Russisch-Polen — 10 Erywanska) gütigst schicken wollten, wofür ich ihnen im Voraus meinen verbindlichsten Dank an dieser Stelle ausspreche.

III. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Brindel. Ueber die Zweckmässigkeit der Bildung eines Aufsichtsdienstes für Schulen vom oto-rhino-laryngologischen Standpunkte und über die Organisation eines solchen. (De l'opportunité de la création d'un service d'inspection des écoles au point de vue oto-rhino-laryngologique et sur son organisation.)** *Bericht an das Bürgermeisteramt von Bordeaux. Im Journal de méd. de Bordeaux. 11. August 1907.*

Verf. plaidirt zu Gunsten von oto-rhino-laryngologischen Schularztstellen; er giebt eine Geschichte dieser Frage und berichtet über die bereits in Frankreich erzielten Resultate.

AUTOREFERAT.

2) **Torrents** (Barcelona). **Hygienische Fürsorge für das Neugeborene vom oto-rhinologischen Standpunkt. (Cuidados higienicos del recién nacido desde el'punto de vista oto-rinologico.)** *Revista barcelonesa de oto-rino-laringologia No. 2.*

Enthält nichts Neues.

TAPIA.

3) **Erbstein. Anatomie, Physiologie und Hygiene der Athmungs- und Stimmorgane. (Anatomia, fisiologija i gigiena sichatelnich i golosowich organow.)** *Petersburg 1908.*

Populär-medicinische Abhandlung für Sänger und Redner. Da in russischer Sprache bisher Specialwerke auf dem genannten Gebiete fast gänzlich fehlen, so ist die Arbeit schon deshalb als ein Fortschritt zu betrachten. Wenn auch dem Autor kein besonders fernes Ziel vorgeschwebt hat, wenn er sich auch nicht getraut, irgend welche Streitfragen in diesem oder anderem Sinne zu lösen, so ist schon der gute Wille, den Gegenstand dem grösseren Publicum mundgerecht zu machen, anzuerkennen.

Als zweckentsprechend muss das Unternehmen auch noch in einem anderen Sinne betrachtet werden. In der letzten Zeit erschienen in russischer Sprache

populäre medicinische Broschüren, welche den Gesang und die Hygiene des Singens zum Gegenstande hatten, fast ausschliesslich aus der Feder der sogen. „Gesangsprofessoren". Es braucht kaum hervorgehoben zu werden, dass auf diesem Wege das Publicum vielfach recht schlecht wegkam.

Leider hat der Autor zu vieles in sein Gebiet hineinziehen wollen und dadurch ist ihm dasselbe passirt, was das französische Sprichwort so treffend wiedergiebt: „qui trop embrasse etc." Man kann sich des Eindruckes nicht erwehren, dass das Fahrwasser sogar für ein populär-medicinisches Werk zu seicht gewählt ist. Ausserdem berührt es sehr eigenthümlich, dass der Autor nicht die wenigen heimathlichen Vorarbeiten zu kennen scheint. Wenigstens wird keine von ihnen namhaft gemacht, während ausländische Namen häufig angetroffen werden, oder sollte das Verschweigen etwas anderes bedeuten?

P. HELLAT.

4) **Helman. Beitrag zur Therapie der Tuberculose des oberen Respirationstractus mittelst Jod- und Quecksilberpräparaten. (Przyczynek do leczenia jodem i rtecia gruzlicy nosa, gardzioli i krtani.)** *Czasapismo Lekarskie. No. 1. 1908.*

Angeregt durch den Aufsatz von Dr. Grünberg hat Verf. bei einer 33jährigen Patientin, die seit 5 Monaten an Schluckbeschwerden litt und bei der er ein Geschwür von $2^1/_2$ cm Breite auf der hinteren Rachenwand entdeckte, das auf ihn den Eindruck eines tuberculösen Geschwüres machte, zuerst die Jod- und dann Quecksilbertherapie angewandt, wobei das Geschwür gänzlich vernarbte. Dieser Fall ist jedoch, was Verf. selbst zugiebt, was die Tuberculose betrifft, nicht gänzlich bewiesen, denn es fehlten ausgesprochene Lungenerscheinungen und Bacillen im Auswurf, jedoch schien ihm der Fall mehr tuberculösen als luetischen Ursprungs zu sein, und er räth in derartigen zweifelhaften Fällen die oben erwähnte Therapie anzuwenden.

A. v. SOKOLOWSKI.

5) **W. Freudenthal** (New-York). **Ueber die klimatische Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 517.*

Verf. giebt eine kurze Uebersicht über die Indicationen und Erfolge der Aerotherapie, Heliotherapie, Altotherapie und Thalassotherapie.

F. KLEMPERER.

6) **Sendziak. Störungen in dem oberen Respirationstractus bei der Hysterie. (Zaburzenia hysteryczne w górnym odeinku dróg oddeckowych.)** *Nowiny Lekarskie. No. 2. 1908.*

In einem ausführlichen Referate, das Verf. auf dem Lemberger Naturforscher-Congress vorgetragen hat, hat er genaue Daten zusammengestellt, die diese Frage betreffen. Sämmtliche Störungen theilt er in drei Kategorien: sensible, sinnliche, motorische. Zu der ersten Kategorie zählt er: a) Anästhesie, b) Hyperästhesie und c) Parästhesie. Die Anästhesie der Schleimhaut des oberen Respirationstractus kommt seltener vor als die Hyperästhesie und tritt meistens bilateral auf, wird öfters mit der sog. Anaesthesia dolorosa combinirt. Am seltensten kommt die Anästhesie an der Schleimhaut des Nasenrachenraumes in toto vor oder insel-

artig z. B. auf dem Septum, viel öfter wird sie beobachtet an der Schleimhaut des Mundes, des Rachens und des Oesophagus. Die Mittelstelle nimmt sie am Kehlkopf und an der Trachea ein. Die Hyperästhesie ist meistens mit der Hyperalgesie combinirt. Zu der ersten Kategorie wird die sog. Rhinalgia, Pharyngalgesia und Laryngalgia hysterica gerechnet, die ohne irgendwie bemerkenswerthe Veränderungen dieser Organe auftreten; endlich localisirt sich der Schmerz auf dem äusseren Nasengerüst. Die Rhinalgie combinirt sich manchmal mit der Anosmie. Die Laryngalgie tritt am meisten bei den Sängern ein in Form von Druck-, Zusammenschnürungserscheinungen oder Empfindung eines Fremdkörpers in der Kehle. Dazu werden ferner gerechnet die sog. Phthiseo-, Syphilo-, Cancerophobie u. v. a. Was die Störungen iu der Sinnessphäre anbelangt, so gehören hierher: Hyperosmie, Anosmie, Hyposmie und Parosmie. Was drittens die Störungen in der motorischen Sphäre anbelangt, so gehören hierher die verschiedenen Coordinationen und spastische Erscheinungen in einzelnen oder zusammenhängenden Gruppen des Kehlkopfs und Rachens: in erster Linie die sog. reflectorischen Neuralgien hysterischen Ursprungs in der Nase, Nasenrachenraume und Kehlkopfe, die hervorgerufen werden durch den Druck, dagegen beseitigt durch Cocainisirung der entsprechenden Stellen. Die hysterischen Reflexneurosen treten als angioneurotische oder secretorische auf. Hierzu gehören transitorische Nasenröthe, Nasenödem, Nasenbluten, Schwindel nasalen Ursprungs, Ictus etc.

A. v. SOKOLOWSKI.

7) **Swershenski. Anwendung der neuen anästhesirenden Mittel — Alypin und Novocain — in Rhino-Laryngologie. (Pinsenonie nowich anestesirny sredstw — alipina i nowokaina — w rinolaringologia.)** *Sonderadruck aus Med. Obosr. 1907.*

Autor hat Alypin in einer erheblichen Anzahl von Operationen angewandt und ist mit ihm zufrieden, besonders wegen der geringeren Giftigkeit gegenüber Cocain und der nicht contractilen Eigenschaft. Auch der Geschmack ist weniger unangenehm. Novocain kann S. als anästhesirend besonders bei Einspritzungen weniger empfehlen, dagegen aber ist es bei Pulverisation und Spülung von guter Wirkung.

P. HELLAT.

8) **W. J. Mc. Cardie. Status lymphaticus in Beziehung zur allgemeinen Narkose. (Status lymphaticus in relation to general anesthesia.)** (Vortrag, gehalten vor der Society of Anesthetists, 6. December 1907.) *British Medical Journal. 28. Januar 1908.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die Literatur und erinnert an die Resultate der postmortalen Untersuchungen von Paltauf. Es fand sich Vergrösserung der Tonsillen, der Lymphdrüsen, der Follikel an der Zungenbasis, der Milz und eine Hyperplasie der Thymusdrüse, deren Grösse bei den verschiedenen Individuen variirte; in den meisten Fällen bestand auch eine Verengerung der Aorta. Die Individuen mit Status lymphaticus sind ungewöhnlich empfänglich für infectiöse Erkrankungen, sterben leicht infolge Shock und sind besonders in der Narkose gefährdet. Verhältnissmässig leichte Affectionen können bei ihnen fatal werden.

Die meisten Todesfälle in Narkose betreffen Individuen mit Status lymphaticus. Es werden zahlreiche Fälle nebst Obductionsergebniss berichtet. Bei Kindern mit vergrösserter Thymusdrüse ist häufig Stridor mit erschwerter Respiration, wahrscheinlich infolge von Bronchial- und Trachealstenose, die durch die vergrösserte Thymus- und Bronchialdrüse verursacht sind. Es kann dies durch die Radioskopie demonstrirt werden.

Symptome des Status lymphaticus sind: dünne, blasse Haut, pastöses Aussehen, reichliches Fettpolster, Zeichen von Rachitis oder Scrophulose, Schwellung der oberflächlichen Drüsen, besonders im Nacken und Achselhöhle, vergrösserte Mandeln, adenoide Wucherungen und palpable Milz. Ausserdem lässt sich oft Vergrösserung der Schilddrüse beobachten, die, wie man sagt, in mehr als 50 pCt. der Fälle besteht. Adenoide Wucherungen und Tonsillarhyperplasie sind fast stets vorhanden nebst Vergrösserung der lymphatischen Follikel des Pharynx und Larynx. Es besteht im Allgemeinen Lymphocytose. Die vergrösserte Spitze der Thymusdrüse kann öfters gesehen oder gefühlt werden. Die Milz ist vergrössert und kann leicht palpirt werden. Oft ist das Symptomenbild des Morbus Basedow vorhanden. Viele Patienten leiden an Epilepsie. Der Tod in der Narkose ist stets ein plötzlicher. Der rechte Ventrikel ist dilatirt und schlaff. Es besteht eine eigenthümliche Neigung zu Oedem. Es soll, wenn möglich, Aether und nicht Chloroform gegeben werden, und zwar mittels der offenen Methode, um eine Congestion der Thymusdrüse zu vermeiden. Wenn Chloroform gegeben wird, so soll eine halbe Stunde vorher Strychnin und Atropin injicirt werden.

Fälle von vergrösserter Thymusdrüse sind erfolgreich mittels Thymectomie oder Röntgenbestrahlung behandelt worden. In Fällen von Status lymphaticus sollte der allgemeine Gesundheitsstand vor der Operation geprüft, adenoide Vegetationen und vergrösserte Tonsillen entfernt und eine Woche lang vorher Herztonica gegeben werden. Während der Narkose soll Patient mit hintenüber geneigtem Kopf liegen. Tritt Herzstillstand während der Narkose ein, so soll die manuelle Herzcompression angewandt werden.

ADOLPH BRONNER.

9) **Camus** und **Nicloux. Aethylchlorid im Blut während der Narkose. (Le chlorure d'éthyle dans le sang en cours de l'anésthésie.)** *Académie des sciences. 8. Januar 1908.*

Der Gehalt des Blutes an Aethylchlorid kann ohne jede Gefahr eine beträchtliche Höhe erreichen. Die Elimination geschieht sehr schnell. Im Fall der Intoxication ist die künstliche Athmung von grosser Wirksamkeit.

GONTIER de la ROCHE

10) **Freund** (Reichenberg). **Cocain als Mittel gegen das Erbrechen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 46. 1907.*

Versuche an 112 Fällen. Injectionen einer Dosis (0,025 g) von Cocain vermindern die Häufigkeit des Erbrechens nach der Narkose. Sie bewirken Euphorie der aus der Narkose erwachenden Patienten, steigern den Blutdruck, können jedoch den Eintritt des Späterbrechens nicht hindern. Anregung zu weiteren diesbezüglichen Versuchen.

CHIARI.

11) **J. Weleminsky** (Wien.) **Therapeutische Mittheilungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 547.*

Verf. bespricht kurz 1. die Tamponade der Nase mittelst Paraffingaze; 2. Drainage von Peritonsillarabscessen; 3. Paraffininjection bei Ozaena; 4. Drainage der Kieferhöhle; 5. submucöse Kaustik der unteren Muschel; 6. Skarification der mittleren Muschel.

F. KLEMPERER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **Van den Wildenberg. Beitrag zur Anatomie der Gesichtssinus. (Contribution à l'anatomie des sinus de la face.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 3. 1906.*

Vergl. Bericht über die Versammlung der Belgischen oto-rhino-laryngol. Gesellschaft vom 10. December, in welchem darüber referirt ist.

PARMENTIER.

13) **J. F. Fischer** und **P. Tetens Hald** (Kopenhagen). **Ueber die Bedeutung der Röntgenuntersuchungen für die Diagnose und die operative Behandlung von Leiden der Nebenhöhlen der Nase. (Om Betydningen af Röntgenundersögelser for Diagnosen og den operative Behandling af Lidelser i Næsens Behuler.)** *Ugeskrift for Laeger. November 1907.*

Die Erfahrungen der Verff. beruhen auf Röntgenuntersuchungen von circa 20 Patienten und auf den besonders von Goldmann und Killian veröffentlichten Untersuchungen. Diese zeigen, dass man durch die Untersuchungen im Stande ist, die normale Configuration der Nebenhöhlen, aber auch die Grenzen der afficirten Nebenhöhlen, insbesondere der Stirnhöhlen zu bestimmen. In der Regel bekommt man Kenntniss von allen Nebenhöhlenaffectionen, die von bedeutenden Veränderungen der Schleimhaut oder von Eiteransammlung in den Cavitäten begleitet sind.

Am leichtesten ist die Erkennung von einseitigen Krankheiten und unter diesen insbesondere von denen der Stirnhöhle und der frontalen ethmoidalen Zellen.

Oft wird ein vergleichendes Studium von einem En face- und einem Profil-Bild zu einer richtigen Beurtheilung führen.

E. SCHMIEGELOW.

14) **Onodi. Verhältniss der Nebenhöhlen der Nase zum Gehirn.** *Orvosi Hetilap. No. 47. 1907.*

Die Lage der Stirnhöhle entspricht meistens nur dem Gyrus frontalis superior. In mehreren Fällen berührte die Stirnhöhle auch das Gebiet des anderseitigen Hirnlappens. Die Siebbeinzellen liegen meist der Unterfläche des Stirnlappens an: die hintere Siebbeinzelle auch manchmal dem Schläfenlappen. Die Keilbeinhöhle entspricht meistens dem Tuber cinereum und dem Schläfenlappen, kann auch den anderseitigen Schläfenlappen berühren. Giebt genaue Zahlenangaben über die Entfernung des vordersten Theiles der Seitenkammer des Hirnes vom Polus frontalis, von der Vorder- und Hinterwand des Sinus frontalis, über die Entfernung der Insula Reili, des Gyrus centralis anterior vom Polus frontalis.

v. NAVRATIL.

15) **F. E. Brawley. Nasennebenhöhlen und Augenkrankheiten. (The nasal accessory sinus and eye diseases.)** *Journal American Medical Association. 23. März 1907.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf einen Zustand, den er für unbekannt hält, den man selten auf die Nase und fast stets auf die Augen bezieht, ein Irrthum, der noch dadurch bekräftigt wird, dass durch Augengläser zeitweilige Besserung erzielt wird. Die Störung lässt sich meist auf eine Influenza oder Erkältung zurückdatiren. Sie besteht in Kopfschmerzen, die anfangs oft einseitig sind, bisweilen zu bestimmten Stunden auftreten und während deren der Gebrauch der Augen fast unmöglich ist: Insufficienz der Accommodation und Convergenz ist gewöhnlich und das Sehen in die Ferne ist herabgesetzt. Oft besteht einseitiges Thränenlaufen mit localen Schmerzen und Schwellung um die Augen. Die Anamnese ergiebt gewöhnlich keine Symptome seitens der Nase. Man findet eine Schwellung der Muschel oder diese der lateralen Nasenwand so dicht anliegend, dass auf den Hiatus semilunaris ein Druck ausgeübt und die normale Luftcirculation und der Abfluss des Secrets aus dem Siebbein und der Stirnhöhle behindert wird. Bewirkt eine locale Application von Adrenalin und Cocain ein Aufhören des Anfalls, so ist die Resection des hypertrophirten vorderen Mittelendes indicirt. Besonders betont wird in dem Aufsatz das Fehlen aller bestimmten Nasensymptome und das anscheinend normale Aussehen der Nase. LEFFERTS.

16) **Gerber** (Königsberg). **Principien der Kieferhöhlenbehandlung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17.*

Verf., welcher die primäre Schleimhautnaht in der Fossa canina nach vorheriger Ausräumung der Höhle und Anlegung einer nasalen Gegenöffnung lange vor Erscheinen der Luc-Caldwell'schen Arbeiten gemacht hat, stellt folgende Principien für die Behandlung der Kieferhöhlenempyeme auf:

1. „Das erste Princip ist, die erkrankte Kieferhöhle möglichst stets von dort aus zu behandeln, wo ihre natürliche Communication mit der Nasenhöhle ist, und jedenfalls die Anlegung neuer dauernder Verbindungen mit der Mund-Rachenhöhle zu vermeiden.

2. Frische und leichte Fälle werden anfangs nur vom mittleren Nasengange mit spitzer Canüle gespült (Hartmann, Störck, Bayer u. a.).

3. Bei länger dauernden Eiterungen, zu dickem Secrete, starkem Fötor u. a. wird die Oeffnung im mittleren Nasengange zunächst erweitert (Onodi, „supraturbinale Resection" — Siebenmann), eventuell nach dem unteren Nasengange zu (Rethi).

4. Chronische und schwere Fälle werden einer breiten Eröffnung von der Fossa canina aus unterzogen. Diese Oeffnung wird aber nach Inspection und Ausräumung der Höhle und Anlegung einer breiten Gegenöffnung im mittleren Nasengange wieder sorgfältig geschlossen und die Nachbehandlung vom mittleren Nasengange aus, wie oben, geleitet (Gerber).

5. Ausgenommen hiervon und einer oralen Behandlung (Cowper oder Desault-Küster mit Lappenbildung nach Partsch und Gerber) aufgespart bleiben nur a) diejenigen Fälle, bei denen eine hochgradige Nasenstenose die nasale

Behandlung absolut unmöglich macht und b) diejenigen Patienten, die weder in ärztlicher Behandlung bleiben, noch die Selbstbehandlung vom mittleren Nasengang aus erlernen können."

F. KLEMPERER.

17) **Charles Graef. Die Highmorshöhle und ihre Infectionen. (The antrum of Highmore and its infections.)** *N. Y. Medical Journal. 24. November 1906.*

Ein ausführlicher, aber nichts Neues enthaltender Artikel. Es werden die allgemeinen und localen Ursachen einer Infection der Highmorshöhle und die Diagnose einer solchen besprochen.

LEFFERTS.

18) **Trétrop** (Antwerpen). **Sinusitiden und Osteomyelitiden des Oberkiefers.** *La oto-laryngol. Belge. No. 8. p. 345. 1906.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der Belgischen oto-rhinologol. Gesellschaft vom 10. Juni 1906.

PARMENTIER.

19) **John H. Foster. Empyem der Highmorshöhle bei kleinen Kindern. (Empyema of the maxillary antrum in young infants.)** *Texas State Journal of Medicine. December 1906.*

Das Kind war $3^1/_2$ Wochen alt und starb 4 Wochen, nachdem Verf. es gesehen hatte. Es handelte sich um ein doppelseitiges Antrumempyem. Die aus den Alveolaröffnungen hervortretende Flüssigkeit war eitrig, man gelangte durch die Oeffnung nach oben und einwärts in das Antrum und die Spülflüssigkeit floss durch die Nase ab.

EMIL MAYER.

20) **Mermod. Einige Betrachtungen, betreffend das chronische Oberkieferempyem und seine Radicalbehandlung. (Quelques réflexions au sujet de la sinusite maxillaire chronique et de sa cure radicale.)** *Annales des maladies de l'oreille. Januar 1907.*

Wenn Ausspülungen vom unteren Nasengang nichts helfen, dann operirt Verf. nach Caldwell-Luc unter Cocainanästhesie; ebenso hat er auch bei combinirtem Stirn-Oberkieferhöhlenempyem operirt, ohne dass Patienten über Schmerzen klagten.

BRINDEL.

21) **Lazarraga** (Malaga). **Zwei Fälle von schwerem Oberkieferempyem. Killian-sche Operation. Heilung. (Dos casos de sinusitis frontal grave. Operacion de Killian. Curacion.)** *Boletin de laringologia. No. 40.*

Verf. empfiehlt das Killian'sche Verfahren als das radicalste und zweckmässigste.

TAPIA.

22) **Buys. Käsige Maxillarsinusitis. (Sinusite maxillaire caséeuse.)** *La Clinique. No. 14. 1907.*

Im Cercle Médical von Brüssel stellt B. eine Kranke vor, welche seit mehreren Jahren nach zweimaligen Ausspülungen vom Nasengang aus geheilt wurde. Das in den Sinus eingeführte Salpingoskop bringt eine perfecte Translumination der betreffenden Gesichtsseite hervor.

BAYER.

23) Onodi. **Instrumente zur endonasalen Eröffnung der Highmorshöhle und der Siebbeinzellen.** *Orvosi Hetilap. No. 39. 1907.*

Das erste Instrument ist eine Combination des Troikart mit der Knochenzange, das zweite eine spitze, am Ende etwas gekrümmte schneidende Zange.

v. NAVRATIL.

24) **G. Frey** (Erlangen). **Beitrag zur Behandlung des chronischen Kieferhöhlenempyems.** *Münch. med. Wochenschr. No. 45. 1907.*

Frey berichtet über 21 einschlägige nach Denker'scher Methode in der Erlanger Klinik radical operirte Fälle, schildert deren Resultate und weist durch sie nach, dass die durch Resection des vorderen Theiles der unteren Muschel von mancher Seite befürchteten Nachwirkungen (Borkenbildung, Neigung zu Katarrhen) nicht auftreten. Ebenso weist er auch die gegen den vollkommenen primären Nahtverschluss der oralen Wunde geäusserten Bedenken als belanglos zurück.

HECHT.

25) **E. Weil** (Stuttgart). **Zur Casuistik der käsigen Ansammlungen in der Kieferhöhle.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 8. 1907.*

Bericht über fünf einschlägige Fälle.

HECHT.

26) **Gyergyai. Fall von Sinusitis maxillaris cum dilatatione.** *Orvosi Hetilap. No. 31. 1907.*

Bei dem 8jährigen Kinde war nebst Empyem der Sinus maxillaris kindsfaustgross dilatirt. Das Kind wurde von G. operirt.

v. NAVRATIL.

27) **Scherer** (Bromberg). **Vollständiger Salzsäuremangel, geheilt durch regelmässige Behandlung einer Kieferhöhleneiterung.** *Med. Klinik. No. 44. 1907.*

Bei einem 18jährigen Dienstmädchen mit chronischer Kieferhöhleneiterung fehlte Salzsäure im Mageninhalt vollständig, kehrte aber wieder, nachdem regelmässige Ausspülungen der erkrankten Kieferhöhle vorgenommen worden waren. Wahrscheinlich reizte das im Schlafe verschluckte Nasensecret die Magenschleimhaut derart, dass sie zur Erzeugung normalen Magensaftes nicht fähig war, dass ihre Drüsen krankhaft verändert wurden.

SEIFERT.

28) **J. Peyson Clark. Ein Fall von chronischem Empyem durch intranasale Behandlung geheilt. (A case of chronic sinusitis cured by intranasal treatment.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Fall von Erkrankung der Highmorshöhle, Stirnhöhle und des Siebbeins. Da der Allgemeinzustand des Patienten eine Radicaloperation, die sonst durchaus indicirt war, verbot, so wurde die intranasale Behandlung consequent durchgeführt und führte schliesslich zur Heilung.

EMIL MAYER.

29) **J. H. Abraham. Die Indicationen und Vortheile der intranasalen gegenüber der radicalen Operation bei Behandlung des chronischen Highmorshöhlenempyems und die dabei anzuwendende Technik. (The indications and advantages of the intra-nasal over the radical operation in the treatment of chronic empyema of the antrum of Highmore and the technique to be employed.)** *The Laryngoscope. Mai 1907.*

Nach Punction des Antrum wird das vordere Ende der unteren Muschel ent-

fernt und dann das Antrum mit dem Bohrer angebohrt. Verf. hat damit gute Resultate erzielt.

EMIL MAYER.

30) **F. Bätke. Ueber die Operation des Empyema sinus frontalis nach Killian.** *Dissertation. Rostock 1905.*

In der unter der Leitung von Körner erschienenen Dissertation wird die Killian'sche Stirnhöhlenoperation empfohlen an der Hand von 5 Operationen bei 3 Patienten. Körner weicht nur insofern von Killian ab, als er keine prophylaktische Atropineinträufelung vornimmt und die Augenbraue wegrasirt.

OPPIKOFER.

31) **W. A. Chisholm. Skiagraphie in der Diagnose des Stirnhöhlenempyems. (Skiagraphy in the diagnosis of frontal sinusitis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Aus seinen Untersuchungen schliesst Verf., dass das charakteristische Aussehen einer erkrankten Höhle auf den flüssigen Inhalt derselben zu beziehen ist, ob dieser nun frei in der Höhle sich befindet oder in verdickter, ödematöser Schleimhaut enthalten sein möge. Verf. betont die Bedeutung guter Röntgenaufnahmen für die Diagnose der Nebenhöhlenaffectionen; er weist auch darauf hin, dass für die Beurtheilung der Bilder eine grosse Uebung nöthig ist.

EMIL MAYER.

32) **V. Delsaux. Pseudofrontalsinusitis; subperiostaler Abscess der Stirn complicirt durch Thrombophlebitis des Sinus longitudinalis anterior, die sich auf den Sinus lateralis und die Vena jugularis ausbreitet; Meningitis; Tod; Autopsie. (Pseudofrontal sinusitis; subperiosteal abscess of the forehead complicated by thrombo-phlebitis of the superior longitudinal sinus extending to the lateral sinus and jugular vein on the opposite side; meningitis; death; necropsy.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Der Titel enthält den Inhalt.

EMIL MAYER.

33) **Claoué. Chronisches Stirnhöhlenempyem. (Sinusite frontale chronique.)** *Gaz. hebd. des sciences médicales. No. 7. 1907.*

Es handelte sich um ein chronisches Stirnhöhlen-Siebbein-Oberkieferempyem. In 4 Fällen hat Verf. mit Erfolg die Ausräumung des Siebbeins auf dem nasojugalen Wege gemacht.

BRINDEL.

34) **P. Mosher. Chronische Stirnhöhleneiterung. (Chronic suppuration of the frontal sinus.)** *The Laryngoscope. Mai 1907.*

Verf. spricht zuerst von der Bedeutung der Röntgendurchstrahlung und erinnert daran, dass bei acutem Empyem die infiltrirte Schleimhaut einen Schatten geben kann. Ohne dass auch die Anamnese darauf hinweist, beweist ein Schatten auf der Platte allein noch kein chronisches Empyem. Auch wenn ein chronisches Empyem vorhanden ist, kann, wenn sich der Eiter in die Nase oder in die Orbita entleert hat, der Schatten fehlen. Das erklärt, warum in Fällen von ausgesprochener Dislocation des Bulbus oder Ethmoidtumors der Befund der Platte negativ ist. Verf. fand, dass nach Ausspülung des Antrum und darauffolgender Anwendung

des Saugapparats das Antrum auf der Platte ein normales Aussehen gewann; denselben Effect dürfte die Anwendung des Saugapparats bei der Stirnhöhle haben. Sie ist zur Diagnose des Stirnhöhlenempyems, um den Eiter in der Nase erscheinen zu lassen, sehr werthvoll; was ihre therapeutische Verwerthbarkeit betrifft, so müssen weitere Untersuchungen darüber Aufschluss geben.

Bei Besprechung der intranasalen Methoden zur Behandlung der Stirnhöhle erwähnt Verf. auch die Eröffnung der Höhle mittels eines Trepans und sagt, dass diese Methode an der Leiche wundervolle Präparate gebe, dass er aber fürchte, durch ihre Anwendung den einen oder anderen seiner Patienten zur Leiche zu machen. Auch werde bei dieser Methode die Erkrankung der Schleimhaut und das Vorhandensein vieler Buchten und Taschen in der Höhle nicht berücksichtigt. Verf. empfiehlt als die sicherste und radicalste Methode das modificirte Killian-sche Verfahren; es stelle diejenige Operation in der Fronto-Ethmoidalregion dar, bei der das Arbeiten im Dunkeln auf das denkbarste Minimum reducirt sei.

EMIL MAYER.

35) **Sinusitis frontalis acuta. Hypopyon bilaterale. Otorrhoea sinistra acuta. Meningitis purul. Nephritis.** *Aus dem Rapport des Königl. Serafinenlazareths. No. 627. I. Abtheil. Stockholm 1906.*

51jähriger Mann. Seit 3 Wochen besuchte er die Ohrenpoliklinik wegen acuter Eiterbildung im Sinus frontalis und linken Mittelohre. Am 7. August Hypopyon bilaterale, Aufnahme in die Klinik. Puls 100, Temp. 40°. Viel Eiweiss mit Cylindern im Harn; Patient nicht verwirrt, aber träge; Hypopyon. Keratitis. Irit. beiderseits, Eiterfluss aus linkem Mittelohr. Schmerz über beiden Sinus frontales. Des schlechten Zustandes wegen keine Operation. Tod nach 5 Tagen. Die Section bestätigte die klinische Diagnose.

E. STANGENBERG.

36) **Empyema sin. frontal. bilat. chron. Meningitis cerebrospinalis purulenta.** *Aus dem Rapport des Königl. Serafinenlazareths. No. 287. I. Abtheil. Stockholm 1906.*

26jähriger Mann. Seit 5 Jahren Symptom von Naseneiterung. Am 14. April nach der Operation (Killian) Schüttelfrost. Lumbalpunction zeigte trübe Cerebrospinalflüssigkeit. Tod am 18. April. Section: Lamina cribrosa rechts in grosser Ausdehnung defect (in Folge der Operation); Sinus sphenoidalis enthielt Eiter; diffuse Basilarmeningitis.

E. STANGENBERG.

37) **Gallemaerts. Ein Fall von doppelter Frontalsinusitis. (Un cas de sinusite frontale double.)** *La Clinique. No. 44. 1907.*

Auf dem XI. Flämischen Congress für natur- und medicinische Wissenschaften am 21. bis 23. September 1907 berichtet G. über eine Kranke mit enormem Oedem des rechten oberen Augenlides und rechten Stirn mit Verdrängung des intact gebliebenen Augapfels nach unten; vor 3 Monaten hatte sich ein eitriger Ausfluss aus der rechten Nasenseite eingestellt. Operation nach Kuhnt mit Bogenschnitt; da beide Sinus front. mit einander communiciren, werden beide vordere Sinuswände entfernt, die Höhle curettirt, die Wände aneinandergelegt und ein Drain an den inneren Winkeln angelegt; rasche Heilung mit ausgezeichnetem

kosmetischen Resultat. G. fragt, ob man nicht gut daran thäte, bei einseitigen Frontalsinusiten auch den Sinus der anderen Seite zu beseitigen, um so Difformitäten zu vermeiden, was Burger bestreitet, indem er der Ansicht ist, dass in den Fällen, in welchen die Kuhnt'sche Operation sich als nicht ausreichend erweist, man oft zu ausgedehnteren Interventionen, wie die von Killian, seine Zuflucht nehmen müsse.

BAYER.

38) **Jacques** (Nancy). **Behandlung des chronischen Stirnhöhlenempyems. (Traitement de la sinusite frontale chronique.)** *Tribune médicale. 7. September 1907.*

Trepanation der Höhle unter dem Augenbrauenkopf, Resection des Bodens und Ausräumung des ganzen vorderen und bisweilen des hinteren Siebbeinlabyrinths; endermische Naht des Hautschnittes.

GONTIER de la ROCHE.

39) **Vernieuwe. Zwei Fälle von geschlossener Ethmoidalsinusitis. (Deux cas de sinusites éthmoidales closes.)** *La Belgique Méd. No. 19. 1907.*

Am 2. April 1907 berichtet V. in der medicinischen Gesellschaft von Gent über zwei Fälle von geschlossener Ethmoidalsinusitis, indem er die Aufmersamkeit auf die Schwierigkeit lenkt, welche diese Affection für die Diagnose darbietet, deshalb, weil sie keinen eitrigen Ausfluss aus der Nase bewirkt. Er explicirt die verschiedenen Formen von geschlossener Ethmoiditis, die vorkommen, die vorgeschlagenen Behandlungen und betont hauptsächlich die Wichtigkeit der endonasalen Chirurgie in diesen Fällen, an die Worte des Augenarztes Knapp erinnernd: die chirurgische endonasale Behandlung ist es, mit der man die Behandlung jeder geschlossenen Ethmoiditis beginnen sollte.

BAYER.

40) **Botella. Oberkieferempyem im Anschluss an eine Ethmoiditis; Operation nach Claoué; Heilung. (Sinusite maxillaire consécutive à une ethmoidite; opération par le procédé de Claoué; guérison.)** *Arch. Intern. de Laryngol. No. III. 1907.*

Verf. machte die Claoué'sche Operation, ohne vorher irgend ein anderes Mittel, speciell die Ausspülung vom unteren Nasengang aus, versucht zu haben, so dass man nicht sagen kann, ob das Empyem nicht ohne so grossen Eingriff geheilt wäre.

BRINDEL.

41) **E. Ulbrich. Ueber Keilbeineiterung.** *Dissertation. 1906.*

Fünf Fälle von chronischer Keilbeinhöhleneiterung, endonasal behandelt.

OPPIKOFER.

42) **Kauder** (Karlsruhe). **Meningitis beim Keilbeinhöhlenempyem mit Ausgang in Heilung.** *Med. Klinik. No. 29. 1907.*

Bei einem 20jährigen Mädchen war von einem Empyem der linken Keilbeinhöhle ausgehend eine eitrige Meningitis entstanden (direct nachgewiesen durch das positive Ergebniss der Lumbalpunction). Mit der Beseitigung des Empyems der Keilbeinhöhle verschwanden sämmtliche Erscheinungen der Meningitis. Die Infection der Meningen war vermuthlich auf hämatogenem Wege erfolgt.

SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

43) **H. Fuchs. Untersuchungen über Ontogenie und Phylogenie der Gaumenbildungen bei den Wirbelthieren. Erste Mittheilung: Ueber den Gaumen der Schildkröten und seine Entwickelungsgeschichte.** *Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropol. Bd. X. H. 3. S. 409. 1907.*

Vom Vomer entsteht zuerst die hoch über der Munddecke gelegene Dorsalplatte. Von ihrem vorderen Abschnitte wächst ein absteigender Fortsatz abwärts bis ins Niveau des secundären Gaumens. Vom unteren Ende des Fortsatzes wächst die Gaumenplatte des Vomers aus. Von den Maxillaria entsteht zuerst ein Körper, von dem ein aufsteigender Fortsatz auf der Aussenseite der Nasenkapsel emporwächst und der Proc. palatinus sich medialwärts gegen das Vomerpolster hin erstreckt. Von den Palatina entsteht zuerst der die Seitenwand der Fossa nasopharyngea des knöchernen Munddaches bildende Theil, von dessen unterem Ende dann der medialwärts gerichtete Proc. palatinus hervorwächst. Von dem Körper der Praemaxillaria wächst ebenfalls ein Proc. palatinus aus. Der secundäre knöcherne Gaumen kommt zu Stande durch Verbindung der Proc. palatini der Gaumenfortsätze der genannten Knochen mit der Gaumenplatte des Vomer. Er liegt über der Ebene der primären Munddecke, und zwar grösstentheils intraseptal.

J. KATZENSTEIN.

44) **Gellé** (Paris). **Die beiden Phonationswege und die Rolle, die das Gaumensegel dabei spielt. (Les deux voies de la phonation et le jeu du voile du palais.)** *Société de Biologie. 26. October 1907.*

Verf. studirt die Circulation der Luft während der Phonation mittels eines Manometers.

Das Gaumensegel verschliesst die Oeffnung des Nasenrachens nur selten beim Aussprechen reiner Vocale, die bei weit geöffnetem Munde gesprochen werden. Sobald der Mund sich verengt, entweicht die Luft zum Theil auf dem nasalen Wege.

GONTIER de la ROCHE.

45) **Sébileau** (Paris). **Mechanische Verengerung der Gaumenspalten vor der Uranoplastik. (Retrécissement mécanique des fentes palatines avant l'uranoplastic.)** *Société de chirurgie. 31. März 1908.*

Es wird durch Caoutchoucbänder, deren Spannung allmählich gesteigert wird, eine Annäherung der beiden Gaumenhälften angestrebt; Verf. empfiehlt dies als Vorbehandlung der Uranoplastik besonders in extremen Fällen.

GONTIER de la ROCHE.

46) **A. Martin** (Barcelona). **Perforirende nicht syphilitische Geschwüre des Gaumensegels. (Ulceras perforantes no sifiliticas del velo palatio.)** *Revista barcelonesa de oto-rino-laringologia. No. I. 1907.*

Es giebt nicht-specifische Perforationen des Gaumensegels, die unter Hg-Behandlung sich verschlechtern und unter Localbehandlung schnell heilen. Verf. erklärt sie durch eine Trophoneurose, die ähnlich wie bei den perforirenden Ge-

schwüren der Nasenscheidewand wirkt. Er berichtet über einige Fälle, die dies illustriren sollen.

TAPIA.

47) **Santaló** (Algeciras). **Perforation des knöchernen Gaumens. (Perforacion del palador oseo.)** *Boletin de laringologia. No. 40.*

Obwohl alle Anhaltspunkte für eine vorausgegangene specifische Infection fehlten, heilte der Patient unter specifischer Behandlung.

TAPIA.

48) **M. Ruprecht** (Bremen). **Beitrag zu den tertiären Erscheinungen der Syphilis am Gaumen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 11. 1907.*

Bezugnehmend auf die Publication Semon's (Monatsschr. f. Ohrenheilkde. 1907, Heft 6), in der ein ätiologisch dunkler Fall (Lues oder Pneumokokkeninvasion) berichtet wird, schildert R. eine mit ähnlichen Folgeerscheinungen auftretende extragenitale Infection (Zunge) von Lues. An der Hand der Krankengeschichte seines Falles bespricht Ruprecht die von Semon erörterten differentialdiagnostischen Punkte und kommt zu dem Schlusse, dass auch bei dem Semon'schen Falle es sich um Lues gehandelt hätte. Bezüglich Krankengeschichte und Beweisführung muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

49) **A. Cueto. Ein Fall von Fibrom des Gaumens. (Un caso di fibroma palatino.)** *Revista barcelonesa de oto-rino-laringologia. No. II.*

Der Tumor inserirte am harten Gaumen und verursachte heftige Anfälle von Reflexhusten.

TAPIA.

50) **Mauclaire** (Paris). **Enormes intra- und extrabuccales Fibrom des knöchernen Gaumengewölbes. Abtragung durch Morcellement. Heilung. (Enorme fibrome intra- et extrabuccal de la voute palatine osseuse. Ablation per morcellement. Guérison.)** *Société de Chirurgie. 10. December 1907.*

Der extrabuccale Fortsatz war von dem Umfang eines Daumens. Es handelte sich um ein in sarkomatöser Degeneration befindliches Fibrom, das sich wahrscheinlich auf Kosten einer der Drüsen des Gaumengewölbes entwickelt hatte.

GONTIER de la ROCHE.

51) **G. Alagna. Ueber einen seltenen Fall von Muskeleinschlüssen in der Gaumentonsille mit besonderer Berücksichtigung der Bildung der sogenannten Sarkolyten. (Di un raro caso d'inclusioni muscolari nella tonsilla palatina con speciale riguardo alla formazione dei cosidetti sarcoliti.)** *La Pratica oto-rino- laringoiatrica. VII. Juni 1907.*

In einer bei einem 20jährigen Mädchen exstirpirten Tonsille finden sich zahlreiche Muskelfasern, die fast in die ganze fibröse Kapsel hineingehen; während einige derselben gut erhalten sind und die gewöhnliche Querstreifung zeigen, sind andere mehr oder weniger verändert und zeigen ein fein oder grob granulirtes Sarcoplasma; Veränderungen sind auch an den Kernen nachweisbar. Zerstreut im lymphatischen Gewebe finden sich echte Sarcolyten, die hier und da bis unter das Epithel reichen und alle von Glas beschriebenen Characteristica aufweisen.

Der vorliegende Fall ist der dritte in der Literatur beschriebene. Verf. ist der Ansicht, dass der Befund von Muskelfasern an abnormen Stellen, vornehmlich in solchen Organen (Tonsillen, Thymus, Schilddrüsen) vorkommt, die in genetischer Beziehung zum Epithel der Kiemenspalten stehen, und dass er auf einen embryonalen Vorgang zurückzuführen ist.

FINDER.

52) **F. Kleininger. Ueber die Bedeutung der Tonsillen für das Zustandekommen der sogenannten „kryptogenetischen" Erkrankungen.** *Dissert. Rostock 1905.*

Verf. hat in den drei letzten Jahren 84 Fälle von „kryptogenetischer" Erkrankung beobachtet, worunter 49 Fälle von Gelenkrheumatismus, 16 Fälle von Nephritis, 8 Fälle von Endocarditis etc. Nach der etwas einseitigen Auffassung des Autors waren die Tonsillen in 83 pCt. aller Fälle an dem Zustandekommen der Allgemeinerkrankung schuld. K. huldigt der Anschauung, dass die Gaumenmandeln eine Art von Filtrationsapparat darstellen, der eine Ueberschwemmung des Körpers mit Bakterien verhindert. Wenn nun die Tonsillen angeboren oder durch frühere Tonsillotomie zu klein oder infolge früherer Entzündung übernormal gross sind, so können nach K. die Gaumenmandeln ihre oben erwähnte Function nicht mehr erfüllen und werden insufficient; dadurch wird durch das Eindringen der Entzündungserreger in den Körper das Auftreten eines Gelenkrheumatismus, einer Nephritis oder Endocarditis etc. zum allerwenigsten begünstigt. K. theilt die Gaumenmandeln in unternormal grosse, mittelgrosse und übernormal grosse ein und beurtheilt nun je nach ihrer Grösse ihre Functionstüchtigkeit. Diese Art der Eintheilung ist willkürlich; zudem ist es gewagt, die Functionstüchtigkeit eines Organes allein aus der im gegebenen Falle nicht einmal genau bestimmbaren Grösse erschliessen zu wollen. Deshalb sollten auch die practische Schlussfolgerungen des Autors nicht so präcise gestellt werden; er sagt auf S. 22: man soll in der Prognosestellung bei Anginen, die abnorm kleine Tonsillen befallen, sehr vorsichtig sein. Die früher beliebte Tonsillotomie ist nur noch in Fällen drohender Erstickung oder in solchen mit malignen Neubildungen anzuwenden. Ihre Ausführung in anderen Fällen ist paradox, insofern sie den Körper eines sehr wichtigen Schutzmittels gegen Bakterieninfection beraubt.

OPPIKOFER.

53) **J. L. Goodale. Untersuchung des Halses bei chronischen Allgemeininfectionen. (Examination of the throat in chronic systemic infections.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 29. November 1906.*

Verf. berichtet über neun Fälle von Cervicaladenitis, die erstlich das Zusammenvorkommen von tuberculöser Cervicaladenitis und von Tuberkelbacillen in den Tonsillen mit oder ohne sichtbare Veränderungen in diesen zeigen, sowie darthun, dass diese Adenitis auch nothwendig durch die Entfernung der Tonsillen beeinflusst wird. Ferner soll bewiesen werden, dass eine Form von Cervicaladenitis vorkommt, die von deutlicher Vergrösserung und subacuter oder chronischer Entzündung der Mandel begleitet ist und nach Entfernung dieser verschwindet. Im ersten Fall scheint die Annahme angebracht, dass ein Eindringen von Tuberkelbacillen durch die Tonsillen hindurch in die Lymphdrüsen hinein stattgefunden hat; im zweiten Fall, dass eine Resorption von irritirendem Material,

das in den Tonsillen seinen Ursprung hat, von dort in die Tangrenzeden Lymphknoten geräth. Im letzten Fall hat die Entfernung des Herdes der Noxinproduction unmittelbare Besserung zum Gefolge.

Die Untersuchung einer grossen Anzahl von Fällen infectiöser Arthritis in Bezug auf den Zustand des Halses hat dem Verfasser das Bestehen krankhafter Veränderungen in den Tonsillen gezeigt, die im Allgemeinen durch Retention in den Lacunen mit oder ohne Hypertrophie der Tonsillen sich charakterisirten. Da jedoch tiefsitzende Ansammlungen von Detritus, die auf Umwegen mit der Luft communiciren, der Untersuchung entgehen können, so erscheint es G. gerathen, wenn andere Quellen der Infection ausgeschlossen werden können, dass man die Tonsillen auf die radicalste Manier entfernt.

EMIL MAYER.

54) **Alexander Baurowicz** (Krakau). **Zur Diagnose der Pseudoleukämie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 529.*

Die Erkrankung begann mit Vergrösserung der linken Gaumenmandel, in der es nach über 6 Monaten zu einem gummösen Zerfall kam. Mehr als ein Jahr später trat eine Vergrösserung der Rachenmandel ein, daneben spärliche Schwellung einiger Lymphdrüsen am Hals und Arm. Wieder 4 Monate später Vergrösserung der rechten Mandel, weiterer Lymphdrüsen, endlich der Milz. Jetzt erst wurde die Diagnose klar, welche durch die anfänglichen intercurrenten Erscheinungen der Lues erregeleitet war.

F. KLEMPERER.

55) **Géber. Sklerosis tonsillae.** *Orvosi Hetilap. No. 47. 1907.*

Nichts Besonderes.

v. NAVRATIL.

56) **Swershewski. Harter Schanker der Gaumenmandeln. (Twerdi schankr glatotschnich mindalin.)** *Sonderabdruck aus Med. Obosren. No. 22. 1906.*

S. weist zunächst auf die Thatsache hin, dass Russland das Land der aussergeschlechtlichen Infection ist. Von den Landschaftsärzten ist schon längst darauf hingewiesen, dass auf dem flachen Lande 12—75 pCt. aller Syphilisfälle aussergeschlechtlichen Ursprungs sind. In den Städten ist der Procentsatz ebenfalls wechselnd, aber doch viel niedriger — etwa bis 18,15 pCt.

Aus seiner persönlichen Praxis führt S. 17 Fälle von Ulcus induratum tonsillae an; er beschreibt die Differentialdiagnose und den diagnostischen Werth der Spirochäte.

P. HELLAT.

57) **C. Hess. Ueber die Plant-Vincent'sche Angina.** *Dissert. Marburg 1906.*

An der Marburger medicinischen Klinik kamen circa 10 Fälle von Plaut-Vincent'scher Angina zur Beobachtung. Gestützt auf diese Erfahrungen und unter Berücksichtigung der Literatur kommt H. zu folgenden Schlusssätzen: Die reine Form der Plaut-Vincent'schen Angina bildet klinisch, bakteriologisch und anatomisch einen so charakteristischen und typischen Befund, dass sie als selbstständiges Krankheitsbild aufgefasst werden muss. Die richtige Erkennung dieses reinen Krankheitsbildes ist deshalb von grosser Wichtigkeit, da es eine durchaus günstige Prognose bietet, obwohl es wegen seiner Aehnlichkeit mit Diphtherie und Lues grosse Besorgnisse erwecken kann. Zur Erkennung der reinen

Form der Plaut-Vincent'schen Angina genügt nicht der klinische Befund und die Durchsicht des Ausstrichpräparates allein; es ist vielmehr in jedem Fall ein Züchtungsversuch anzustellen, denn die Beobachtung einiger Fälle hat gelehrt, dass mit der Erkrankung eine echte klinisch wie bakteriologisch in den Hintergrund tretende Diphtherie combinirt sein und bei Vernachlässigung gefährlich werden kann. Auch die Möglichkeit der Combination mit Lues muss erwogen werden.

OPPIKOFER.

58) **Bonnette. Angina ulcero-membranacea im Beginn eines Typhus. (Angine ulcéro-membraneuse initiale de fièvre typhoide.)** *Arch. de méd. militaire. August 1907.*

Ein an Anginen leidender Soldat wurde wegen einer fieberhaften Allgemeinerkrankung in das Hospital aufgenommen. Am dritten Tage constatirte man auf dem rechten Gaumenbogen eine kleine mit einer Pseudomembran belegte Ulceration. Da das Aussehen an Diphtherie erinnerte, so wurde eine Seruminjection gemacht, die jedoch auf den Allgemeinzustand keinen Einfluss hatte; die Pseudomembran verschwand allmählich. Eine neue Untersuchung ergab nur Streptokokken und Staphylokokken. Die Ulceration heilte, während sich die Zeichen eines Abdominaltyphus herausbildeten, dem Patient am 15. Tage erlag.

A. CARTAZ.

59) **Kretz** (Wien). **Angina und septische Infection.** *Zeitschrift f. Heilkunde. Bd. 28. 1907.*

Gelegentlich seiner langjährigen interessanten Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Angina und Appendicitis hat K. auch gefunden, dass speciell die Lymphdrüsenveränderungen am Halse, welche den Schleimhautprocess nicht nur begleiten, sondern auch überdauern, von besonderer Wichtigkeit sind für septische Infectionen. Beschreibung der hochinteressanten Beobachtungen an der Hand zahlreicher Obductionsbefunde.

HANSZEL CHIARI.

60) **A. Sehlbach** (Zella St. Bl.). **Ein typischer Fall von plötzlichem Aufhören der Menses bei Angina.** *Münch. med. Wochenschr. No. 13. 1908.*

Der Titel giebt den Inhalt der Mittheilung wieder.

HECHT.

61) **D. S. Neumann. Verbesserung der Stimme durch Tonsillotomie. (Improvement of voice from Tonsillotomy.)** *Denver Medical Journal. Juli 1907.*

Verf. berichtet über 10 Fälle, in denen sämmtlich eine Verbesserung der Stimme nach der Tonsillotomie zu constatiren war.

EMIL MAYER.

62) **D. S. Hilton. Tonsillectomie oder Tonsillotomie und eine einfache Technik. (Tonsillectomy or Tonsillotomy; and a simple technique.)** *Medical Harald. November 1907.*

Die Technik besteht darin, dass die Tonsille nach vorn gezogen, und nachdem Cocain und Adrenalin injicirt ist, mit dem Messer abgeschnitten wird.

EMIL MAYER.



63) **H. Nettebrock. Zur Casuistik der Blutungen nach Tonsillotomie und ihre Behandlung.** *Dissert. Kiel 1906.*

Bei Durchsicht der Literatur der letzten 60 Jahre fand N. ca. 150 Fälle von ernsterer Blutung nach Tonsillotomie; 7 endigten mit dem Tode. Als einfachste und sicherste Methode zur Stillung schwerer, langwieriger Tonsillarblutungen empfiehlt Verf. die Methode von Helferich: Durchstechen einer mit Zwirn armirten langen runden Stopfnadel hinter dem Kieferwinkel hinein und durch die Tonsille an der durch Fingerdruck in der Mundhöhle markirten Stelle heraus. An das innere Ende ist ein dicker Jodoformgazetampon angeknüpft und wird derselbe durch Zug von aussen gegen die Tonsille angedrückt. Der Faden ist aussen über ein elastisches Gummirohr geknüpft. Bei der beschriebenen Methode der Blutstillung empfiehlt N. statt eines Jodoformgazetampons auch das Aufdrücken eines Ballens von Penghawar Djambi, das in einer Hülle von nicht entfettetem Mull liegt.

OPPIKOFER.

64) **Oscar Wilkinson. Blutung nach Tonsillectomie. (Hemorrhage after Tonsillectomy.)** *Journal of the American Medical Association. 10. August 1907.*

Die zuerst nicht excessive Blutung stand auf locale Application von Adrenalinlösung (1 : 1000). Nach einer Stunde fand W. den Patienten fast verblutet; der Assistent, unter dessen Obhut er gelassen worden war, hatte Adrenalin, Wasserstoff-Superoxyd-Spray und Compressen, die in Acid. tannicum-Lösung getränkt waren, umsonst angewandt. Die Stillung der Blutung gelang schliesslich dadurch, dass W. über einem in Tanninlösung getränkten Tampon die beiden Gaumenbögen zusammennähte. Verf. berichtet dann noch über einen zweiten Fall, in dem die Blutung, nachdem locale Anwendung von Stypticis erfolglos geblieben war, schliesslich, als die Patientin ins Krankenhaus gebracht wurde, von selbst stand.

EMIL MAYER.

65) **Chevalier Jackson. Tonsillarblutung und ihre chirurgische Behandlung. (Tonsillar hemorrhage and its surgical treatment.)** *Annals of Surgery. December 1907.*

Verf. bezeichnet die Tonsillotomie als eine nicht zu rechtfertigende Operation, wogegen bei der Tonsillectomie eine nachfolgende Blutung viel weniger wahrscheinlich sei. Verf. verwirft den Gebrauch von Eis bei Blutungen und empfiehlt bei leichten Blutungen die Wundhöhle mit einem Gazetampon auszustopfen; stammt die Blutung aus einem Gefäss, das gross genug ist, um gefasst werden zu können, so soll man dies thun, versagt auch dies, so soll die Carotis interna unterbunden werden.

EMIL MAYER.

66) **Alexander Baurowicz** (Krakau). **Eine Modification des Schütz-Passow'schen Pharyngotoms.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 154.*

B. hat von der Firma Détert ein Modell des Pharyngotoms herstellen lassen, bei welchem der den vorderen Theil des Instrumentes zusammenhaltende Schieber in Wegfall gekommen ist.

F. KLEMPERER.

d. Diphtherie und Croup.

67) **Ruth Junnicliff. Der opsonische Index bei Diphtherie. (The opsonic index in diphtheria.)** *Journal of infectious diseases. 30. Januar 1908.*

Der Diphtheriebacillus ist empfindlich für die opsonische Wirkung des Blutserums vom Menschen oder der Ratte. Bei Diphtherie ist der opsonische Index für Diphtheriebacillen im Allgemeinen beim Beginn der Erkrankung unter normal. Wenn die Membranen verschwinden und die Symptome nachlassen, steigt der Index beträchtlich und kehrt innerhalb 2—9 Tagen zur Norm zurück.

Verf. meint, dass die Injection todter Diphtheriebacillen bei chronischen Trägern von Bacillen und Reconvalescenten einigen Werth für die Säuberung des Halses von Bacillen haben könnte; denn die Untersuchungen zeigen, dass bei Ratten solche Injectionen gefahrlos sind und dass die opsonische Kraft des Blutes gegenüber den Diphtheriebacillen danach steigt. EMIL MAYER.

68) **Albert Uffenheimer** (München). **Neue Versuche über den Nachweis des Toxins in dem Blute des Diphtheriekranken.** *Mit 1 Tab. Münchener med. Wochenschr. No. 52. 1907.*

Bezugnehmend auf seine frühere diesbezügliche Publication und die negativen Nachprüfungsresultate von Carl Fränkel berichtet Uffenheimer über eine grössere Reihe neuer einschlägiger Fälle, die, auch procentualiter, das gleiche Resultat ergaben wie bei der ersten Versuchsreihe. Bezüglich Details sei auf das Original verwiesen. HECHT.

69) **Gerlitzky** (Cremantschög). **Ueber die Anwendung des Diphtherieheilserums bei Scharlach und dessen Complication mit wahrer Diphtherie und zu pro phylactischen Zwecken.** *Dissert. Zürich 1907.*

35 Fälle aus der Klinik des Kinderhospitals, davon 5 mit echter Diphtherie. Das öftere Vorkommen derselben mit Scharlach veranlasste diese Versuche. Es stellte sich heraus, dass auch hier das Serum günstig wirkt, wie bei Diphtherie ohne Scharlach. Die Präventivinjectionen bieten keine Gefahr und immunisiren für einige Wochen in ansehnlichen Procentzahlen. JONQUIÈRE.

70) **B. Schick. Cutanreaction bei Impfung mit Diphtherietoxin.** (Vorläufige Mittheilung.) *Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1908.*

Analog der v. Pirquet'schen cutanen Tuberkulinreaction versuchte Autor, ob cutane Einimpfung des Diphtherietoxins eine Reaction hervorruft. Die einfache letale Dosis von 0,03—0,04 Diphtherietoxin zeitigte cutan keine Reaction, dagegen erzielte Autor mit dem im Vacuum bei einer Temperatur von ca. 30,0° auf den zehnten Theil eingeengten Toxin nach der Methode v. Pirquet's eine Cutanreaction. Diese Reaction, die als specifisch angesprochen werden muss, bleibt aus, wenn das Diphtherietoxin durch sein Antitoxin in vitro paralysirt wurde, ebenso, wenn 24 Stunden vor der Toxinimpfung 1500—3000 Toxineinheiten injicirt und damit der Patient passiv immunisirt wurde. Die weiter angestellten Versuche und Erwägungen, bezüglich deren Details auf das Original verwiesen werden muss, führten zu dem Ergebniss, dass die Reaction für die Diphtherie-

diagnose keinen Fortschritt bedeute, wohl aber neue Wege zu klinischem und experimentellem Studium toxischer und antitoxischer Processe biete. HECHT.

71) **Cl. Montefusco. Ueber die Intubation wegen Croup bei Säuglingen. (Sulla intubazione per croup nei bambini poppanti.)** *La Pediatria. Februar 1908.*

Verf. hat in den Jahren 1902—1907 am Ospedale Cotugno in Neapel 74 Säuglinge unter 10 Monaten behandelt; von diesen starben 22 (29,7 pCt.); in der gleichen Periode betrug an dieser Anstalt die Mortalität an Croup überhaupt 18 pCt. Bei 29 von den 74 Säuglingen war keine Intubation nöthig, von diesen starben nur 2 an Pneumonie; bei den anderen 45 wurde die Tracheotomie gemacht und von diesen starben 20 (44,4 pCt.), 16 an Bronchopneumonie, 3 an Intoxication, einer an Asphyxie. In dem letzteren sehr interessanten Fall, der ausführlich beschrieben wird, war das Larynxinnere durch ausgedehnte Decubitalgeschwüre so zerstört, dass der Tubus seinen Halt verloren hatte, in die Trachea bis zur Bifurcation herabgefallen war.

Verf. kommt zu dem Schluss, dass die Technik der Intubation bei Säuglingen keine besonderen Schwierigkeiten bildet und die normale Ernährung nicht hindert. Die erhöhte Sterblichkeit erklärt sich durch die geringe Resistenz des Organismus beim Säugling gegen die Diphtherieinfection und durch die grössere Häufigkeit der bronchopneumonischen Complicationen in diesem Alter; die Sterblichkeit ist übrigens auch bei tracheotomirten Säuglingen erhöht. FINDER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

72) **L. Morochowetz. Die Grundlaute der menschlichen Sprache. Ein Universalalphabet.** *Berlin, Hirschwald. 1908.*

Es giebt in jeder Sprache zwei Alphabete, ein bildliches, welches zum Schreiben und ein lautliches, welches zum Sprechen dient. Nur das Alphabet ist ein ideales, dessen Schriftzeichen in allen Fällen der geschriebenen und geredeten Sprache die ihr eigenthümlichen Lautaffecte bewahren würden, damit ein jeder, der dieses Alphabet erlernt hätte, ohne den Beistand in der betreffenden Sprache bewanderter, ohne je deren Aussprache gehört zu haben, die durch die Schriftzeichen eines solchen idealen Alphabets dargestellten Worte richtig auszusprechen vermöchte. Ein solches Alphabet dürfte ein internationales, universales Alphabet genannt werden.

Zur Darstellung der Lautcurven bedient sich M. des von ihm und Samojlow beschriebenen chronophotographischen Pendels und eines endlosen Bandes aus lichtempfindlichem Papier, nebst einem photoskopischen Apparat, d. h. einem König'schen Spiegelchen, der den schwingenden Lichtstrahl auf einen Schirm von weissem Papier projicirt. Eine etwas veränderte Blake'sche Membran dient als Vibrator.

Die Physiker theilen die von der menschlichen Stimme hervorgebrachten Laute in Sonore, d. h. Töne von musikalischem Charakter, und in Geräuschlaute. Nimmt man im Einklange mit den Principien der heutigen Phonetik die Eintheilung aller Laute der menschlichen Sprache in Vocale (Sonanten) und Consonanten

an, so stellen die Sonore diejenigen Gruppe von Lauten vor, welche alle Vocale und einige Consonanten umfasst, während die Geräuschlaute bloss von Consonanten gebildet werden.

Die gesammten Grundlaute, die zum Aufbau irgend einer Sprache dienen, sollen das Universalalphabet bilden; für dasselbe dürften am besten die allen Culturvölkern gemeinsamen gebräuchlichen Schriftzeichen, Buchstaben, sich eignen.

Wie sehr man sich auch bemüht, einen Vocal, z. B. a, in einem und demselben Ton zu singen, bei allmählichen Uebergang vom reinen a zum weicheren findet eine unwillkürliche Tonerhöhung statt. Aus diesem Grunde wird ein a des unteren Registers und ein à des oberen angenommen.

Dieser Unterschied ist ein durchgängiger. Demzufolge stellt das Universalalphabet den Grundlauten der menschlichen Sprache entsprechend folgende Laute dar:

Register	I. Sonore	II. Geräuschlaute
im oberen	à è ò ù i n l z	f p b s g h
im unteren	a e o u i m r j v	b d c k x

Vocale. Consonanten.

Das Universalalphabet besitzt also im Ganzen 28 Schriftzeichen, 10 für die Vocale, 18 für die Consonanten, alle übrigen Laute sind zusammengesetzte, die durch die 28 Grundlaute wiedergegeben werden können.

J. KATZENSTEIN.

73) **H. Gutzmann** (Berlin). **Ueber Stellung und Bewegung des Kehlkopfes bei normalen und pathologischen Sprechvorgängen.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Ther. des Ohres, der Nase und des Kehlkopfes. Bd. 1. S. 89—134. 1908.*

Vorerst bespricht Verf. alle die Untersuchungsmethoden, die dazu dienen, Stellung und Bewegung des Kehlkopfes während des Sprechvorganges zu beurtheilen. Die verschiedenen Laryngographen werden an der Hand von Abbildungen erläutert. Dabei kommt G. nach anatomischen und topographischen Bemerkungen auf seine eigenen gründlichen Untersuchungen zu sprechen, die in mehrfacher Beziehung unsere Kenntnisse in der Frage der Stellung des Kehlkopfes bei normalen Sprechvorgängen bedeutend erweitert.

Die Methoden der Inspection mit dermographischen Marken und der Palpation unter bestimmten Cautelen gestatten, in einfacher und einwandfreier Weise gröbere Veränderungen des Kehlkopfstandes in verticaler Richtung richtig zu beurtheilen. Für die geringen Abweichungen dagegen, die wir beim normalen Sprechvorgange vorfinden, reichen diese Methoden nicht aus. Die graphischen Aufnahmen werden, wenn man die verticale und die sagittale Bewegung getrennt aufnehmen will, am besten mit dem von Zwaardemaker angegebenen Laryngographen vorgenommen. Die grössten Bewegungsbreiten des Kehlkopfes liegen in der verticalen Richtung, die sagittale Bewegung nach vorn und hinten ist selbst bei starken Bewegungen des ganzen Organes immer sehr gering und beträgt höchstens 2 mm. Man kann diese Bewegungen daher meist vernachlässigen, wenn es sich um sehr grosse Ausschläge des Kehlkopfs überhaupt handelt; dagegen sind sie bei der

Untersuchung der ruhigen Sprechvorgänge unter normalen Verhältnissen von Wichtigkeit. Bei der Ruheathmung ist unter normalenn Verhältnisse die Bewegung des Kehlkopfes in beiden Richtungen nahezu gleich Null, bei tiefer Ein- resp. Ausathmung sinkt resp. steigt der Kehlkopf merklich. Art, Höhe und Stärke der Stimmeinsätze haben, wenn man die Prüfung ohne Articulationsbewegungen vornimmt, in der gewöhnlichen Sprechtonhöhe und Stärke nur sehr geringen Einfluss auf die Kehlkopfstellung. Energische Articulationsbewegungen ohne Lautproduction, wie Oeffnungsbewegungen des Mundes, Bewegungen des Unterkiefers nach vorn und hinten, Zungenbewegungen u. s. w., üben einen merklichen Einfluss auf den Kehlkopfstand aus. Der Kehlkopf wird dabei rein passiv von den Articulationsorganen mitbewegt. Die Vocale haben nur einen geringen Einfluss auf die Stellung des Kehlkopfes. Die Veränderungen des Kehlkopfstandes geschehen in derselben Richtung wie die zur Aussprache der einzelnen Vocale nothwendigen Articulationsbewegungen. Die Articulationen ruhig gesprochener Consonanten haben nur geringen Einfluss auf die Kehlkopfstellung, und zwar im Verhältniss mehr auf die sagittale wie auf die verticale Bewegung. Nur diejenigen Laute, welche starke Zungenbewegungen erfordern (k, l), rufen grössere Verticalbewegungen hervor.

OPPIKOFER.

74) **M. Cunaud. Die Eintheilung der Stimmen. (Le classement des voix.)** *Thèse des Bordeaux. 1896.*

Ausführliche Abhandlung über Stimmbildung und Stimmregister. Die genaue Eintheilung der Singstimmen soll der Gesanglehrer erst nach und nach im Verlaufe des Unterrichts vornehmen.

OPPIKOFER.

75) **E. E. Clark. Die Falsett- oder Eunuchenstimme. (The falsetto or eunuceoid voice.)** *Medical Fortnightly. 25. Februar 1908.*

In allen Fällen von Eunuchenstimme wurden die Genitalorgane normal gefunden. Die Behandlung besteht in Stimmübungen und Athemgymnastik mit besonderer Pflege der Abdominalathmung. Verf. geht so vor, dass er erst eine hohe Note singen und diese wiederholen, dann nach abwärts singen lässt, bis der tiefste Ton des Registers erreicht ist; dann werden die untersten Töne mit lauter forcirter Exspiration 10—15 Minuten lang wiederholt. Ebenso muss man in tiefem Ton laut vorlesen lassen. Alle unnöthigen Anstrengungen der Stimme sollen vermieden werden.

EMIL MAYER.

76) **Courtade. Ueber die Dysphonie extralaryngealen Ursprungs. (De la dysphonie d'origine extra-laryngée.)** *Arch. internat. de laryngologie. No. III. 1907.*

Verf. unterscheidet zwei Arten von Dysphonien, eine pulmonäre (Tuberculose, Pleuritis, Asthma, grosse Abdominaltumoren, Rippenfracturen, Neuralgien, Herzkrankheiten) und eine oro-nasale (Mandelabscess, acute Angina, Lähmung und Perforation des Gaumensegels, Nasenverstopfung, Zungentumoren).

BRINDEL.

77) **W. G. Henderson. Verlust der Stimme bei Sängern. (Loss of voice in singers.)** *The Laryngoscope. Juni 1907.*

Verf. hat die Erfahrung gemacht, dass alle Stimmschädigungen bei Sängern auf die Methode zurückzuführen sind; er geisselt verschiedene Fehler mancher Gesanglehrer, wie die Athemübungen, die darauf hinzielen, dass der Schüler ein möglichst grosses Athemvolumen bekommt, ferner die Ueberanstrengung der Schüler. Ein Hauptfehler der Lehrer besteht darin, dass sie den Ehrgeiz haben, den Stimmumfang des Schülers nach Möglichkeit zu vergrössern. Der Artikel ist sehr flott und nicht ohne Humor geschrieben. EMIL MAYER.

78) **Percy Fridenberg. Alltägliche Ursachen für die Schädigung der Stimme. (Every-day causes of voice deterioration.)** *The Laryngoscope. September 1907.*

Verf. theilt die häufigsten Ursachen für den Verlust oder die Schädigung der Stimme in drei Klassen: klimatische Verhältnisse nebst Wind und Staub, unrichtiger Gebrauch der Stimme, wobei das laute Sprechen bei der Unterhaltung, wie es der Lärm in unserer Umgebung nöthig macht, eine Rolle spielt und schliesslich der Mangel an Achtsamkeit auf die Cultur und Behandlung der Stimme in unseren Schulen. Verf. begründet seine Ausführung mit besonderem Hinblick auf die Verhältnisse in Amerika. EMIL MAYER.

79) **Kobrak** (Berlin). **Theoretische Grundlagen und deren practische Verwerthung für die Erlernung des Ablesens der Sprache vom Gesicht des Sprechenden.** *Med. Klinik. 10. 1908.*

Bei der Erlernung des Ablesens ist das Wesentliche nicht die Einzellautstellung und Einzelsilbe, sondern der Satz, und zwar der mit Sinn verbundene Satz. SEIFERT.

80) **J. Reardon. Congenitaler Kehlkopfstridor. (Congenital laryngeal stridor.)** *American Journal of Medical Sciences. August 1907.*

In dem mitgetheilten Fall war das Kind $1^1/_2$ Jahre in Beobachtung; als man es zuerst sah, war es 3 Wochen alt. Unter Aethernarkose wurde die Zunge mittels einer Sutur nach vorn gezogen und man sah die Seitenränder der Epiglottis stark umgebogen, so dass sie sich den ary-epiglottischen Falten näherten; die Stimmbänder konnten nicht gesehen werden. Als das Kind 2 Jahre alt war, hatte die Epiglottis noch ihre frühere Gestalt, jedoch konnte man jetzt das Larynxinnere sehen; die Function der Stimmbänder war normal.

Verf. räth, die ary-epiglottischen Falten fortzuschneiden und, wenn dies nichts hilft, den umgebogenen Theil der Epiglottis. EMIL MAYER.

81) **Muggia. Ueber die klinische Bedeutung des congenitalen Kehlkopfstridors. (Sul significato clinico delle stridore laringeo congenito.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. December 1907.*

Verf. theilt 8 Beobachtungen mit. Er ist der Ansicht, dass stets eine Missbildung des Kehlkopfeingangs vorliegt, die als Ausdruck einer Entwickelungshemmung und des Persistirens der infantilen Kehlkopfform aufzufassen ist. Daher ist der Stridor dort am intensivsten und andauerndsten, wo schwere Allgemeinstörungen, Ernährungsstörungen, wie Rhachitis etc., bestehen. FINDER.

82) **Gormot. Zwei Fälle von Laryngospasmus infolge Hypertrophie der Thymus. (Deux cas de laryngospasme par hypertrophie du thymus.)** *Annales méd.-chir. du Centre. 28. October 1906.*

In beiden Fällen liess sich als einzige Ursache des Larynxspasmus eine ausgesprochene Hypertrophie der Thymusdrüse finden. A. CARTAZ.

83) **Martinez Roig. Die Ozono-Therapie beim Keuchhusten. (La ozono-terapia en la coqueluche.)** *Dissert. Madrid 1907.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. die Ozontherapie wirkt nur im Stadium convulsivum. 2. Sie vermindert Zahl und Dauer der Anfälle. 3. Die Dosis soll 0,1—0,3 mg Ozon auf den Liter Luft betragen, dreimal täglich 10—12 Minuten lang inhalirt. Aussetzen der Behandlung führt Recidive herbei. 4. Die Behandlung soll 14 Tage dauern. 5. Man soll sie nicht anwenden, wenn Erscheinungen seitens des Thorax bestehen. 6. Die Behandlung kürzt die Dauer der Krankheit ab und bessert den Allgemeinzustand. TAPIA.

84) **E. Schickendantz. Beitrag zur Recurrenslähmung mit 50 neuen Fällen.** *Dissert. Leipzig 1906.*

Im Verlauf von 9 Jahren wurden 50 Fälle von Recurrenslähmung an der Leipziger Universitätspoliklinik für Halskranke beobachtet. Die diesbezüglichen Krankengeschichten sind nun in dieser Arbeit je nach ihrer Wichtigkeit mehr oder weniger eingehend aufgezählt und mit analogen Fällen aus der Literatur verglichen. Zwei der Fälle fanden sich bei Tabes, je 1 bei Syringomyelie, multipler Sklerose und Diphtherie, 1 bei Lues, 6 bei Aneurysma aortae, 7 bei Oesophaguscarcinom, 5 bei bei sonstigen Mediastinalgeschwülsten, 6 bei Tuberculose, 5 bei Strumen, 3 bei sonstigen Halstumoren, 3 im Anschluss an Operationen am Halse; in 9 Fällen blieb die Aetiologie zweifelhaft oder unbekannt; 9 mal war die Lähmung rechterseits, 35 mal linkerseits und 6 mal doppelseitig. Das Alter der Patienten (29 männlichen und 21 weiblichen Geschlechts) schwankt zwischen 13 und 82 Jahren. OPPIKOFER.

85) **J. Sendziak** (Warschau). **Aetiologie der Recurrenslähmungen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 11. 1907.*

Statistische Zusammenstellung der Recurrenslähmungen bezüglich des Alters und Geschlechtes, sowie der verschiedenen ätiologischen Momente unter Trennung des centralen und peripheren Ursprunges. Die Zusammenstellung bezieht sich auf 1017 einschlägige aus der Literatur gesammelte Falle, sowie 201 aus der eigenen Praxis des Verfassers. HECHT.

86) **E. Barthas. Larynxtuberculose und Schwangerschaft. (Rapport de la tuberculose laryngée et de la grossesse.)** *Thèse de Paris. 1907.*

Die Arbeit enthält nichts Neues. A. CARTAZ.

87) **Rudolf Hoffmann** (München). **Daueranästhesie im tuberculösen Kehlkopf.** *Münch. med. Wochenschr. No. 14. 1908.*

Zur Erzielung der „Autoanästhesie“ lässt H. den Patienten durch ein in

seiner Form einer Tabakpfeife ähnliches „Saugröhrchen" Orthoform, Anästhesin oder Cocain, letzteres in Pulverform oder wässeriger Lösung, aspiriren.

Angeregt durch die Schlösser'schen Erfolge bei Neuralgien injicirte Autor einer Anzahl (7) Patienten 85proc. Alkohol in den Nervus laryngeus superior an seiner Durchtrittsstelle durch das Lig. thyreoideum mit gutem Erfolg, namentlich in Bezug auf die Aufnahme compacter Speisen. Die Zufuhr flüssiger Getränke rief jedoch unverändert die gleichen Beschwerden wie vorher hervor. Die Technik der Alkoholinjection ist in der Publication eingehend beschrieben HECHT.

88) **J. Möller** (Kopenhagen). **Ueber Epiglottisamputation bei der Kehlkopftuberculose** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 69 bis 82. 1908.*

M. hat in 10 Fällen von Tuberculose der Epiglottis den Kehldeckel mittelst der Alexander'schen Guillotine entfernt und giebt nun in vorliegender Arbeit die diesbezüglichen Krankengeschichten wieder. In keinem der Fälle war die operative Blutung erheblich. Bei drei Patienten notirte M. völlige Heilung (Beobachtungszeit nach der Heilung 2 Jahre, 9 und 4 Monate).

Die Epiglottisamputation soll nach M. in Fällen von Kehlkopftuberculose vorgenommen werden: 1. bei tuberculösen Affectionen, die ausschliesslich oder fast ausschliesslich auf die Epiglottis beschränkt sind, wenn der Zustand des Patienten überhaupt ein solcher ist, dass er diesen nicht sehr beträchtlichen Eingriff ertragen kann; 2. bei ausgesprochener Dysphagie ohne Rücksicht auf den Zustand des übrigen Kehlkopfes und der Lungen, insofern es wahrscheinlich ist, dass die Epiglottisaffection es sei, die die Dysphagie verursacht, und 3. bei beträchtlicher tuberculöser Affection der Epiglottis in Fällen von mehr ausgedehnter Kehlkopftuberculose, selbst wenn keine Dysphagie vorliegt, falls nur kein Lungenleiden vorliegt, oder nur ein so geringfügiges, dass man auf eine Heilung, bezw. eine beträchtliche Besserung hoffen kann. OPPIKOFER.

89) **Morestin. Exstirpation einer suprahyoidalen tuberculösen Drüse durch den Mund. (Exstirpation par la bouche d'un ganglion sus-hyoidïen tuberculeux.)** *Société de chirurgie. 24. Januar 1908.*

Incision in der Furche zwischen Zahnfleisch und Kinn auf der rechten Seite, Ablösung der Gewebe, dann Exstirpation der Drüse, Naht der Wunde mit Seidenfäden. Eine eitrige submaxillare Adenitis zwingt am 9. Tage, die Wunde wieder zu öffnen, die Drainage geht auf diesem Wege gut vor sich. Das Resultat ist ausgezeichnet. M. räth, in Fällen von Abscessen oder kleinen Tumoren, die hoch am Halse sitzen, diesen Weg vom Munde aus zu wählen. GONTIER de la ROCHE.

90) **J. Lebayle. Ueber Ozaena trachealis. (De l'ozène trachée.)** *Thèse de Paris. 1907.*

Detaillirte Beschreibung dieser verhältnissmässig seltenen Affection (Zahl der publicirten Fälle etwa 20). Verf. meint, es handle sich um eine Erkrankung durch Mikroben, die aber zur Entwickelung eines geeigneten Terrains (Syphilis, Tuberculose) bedürfen. Die Ozaena trachealis ist der Ozaena der Nase oft secundär.

Die Krankheit hat wenig Tendenz, spontan zu heilen. Verf. räth zu intratrachealen Injectionen, zur Behandlung mit Jod und schwefelhaltigen Mineralwässern.

A. CARTAZ.

f. Schilddrüse.

91) **Basil Kilvington** (Melbourne). **Pathologie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse. (Pathology of the thyroid and parathyroid glands.)** *Intercolonial Medical of Australasia. Februar 1908.*

Eine zusammenfassende Darstellung unserer heutigen Kenntnisse über den Gegenstand.

A. J. BRADY.

92) **Fabre** und **Thevenot** (Lyon). **Der Kropf beim Neugeborenen. (Le goitre chez le nouveau né.)** *Lyon médical. 5. December 1907.*

Die Erkrankung der Neugeborenen ist häufiger als man glaubt. Verff. haben 130 Fälle in der Literatur gesammelt. Sie beziehen eine Anzahl von Erscheinungen, die gewöhnlich der Thymus zugeschrieben werden, auf den Kropf. Sie empfehlen die Exothyropexie als die Methode der Wahl, wenn Erscheinungen von Suffocation auftreten.

GONTIER de la ROCHE.

93) **Meerwein** (Basel). **Ueber intratracheale Strumen.** *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 91. 1907.*

Bei der Laryngoskopie fand sich eine halbkugelige Vorwölbung des subglottischen Raumes links (Pat. mit hochgradiger Dyspnoe). Laryngo-Tracheotomie und Excision des haselnussgrossen Tumors, der eine Combination einer intratrachealen Struma mit einem tuberculösen Infiltrat des subglottischen Raumes zeigte.

SEIFERT.

94) **H. Vincent. Schilddrüsen-Medication für gewisse Fälle von acutem Gelenkrheumatismus. (Thyreoid medication for certain cases of acute articular rheumatism.)** *N. Y. Medical Journal. 8. Juni 1907.*

Verf. hat in 74 Fällen von acutem Rheumatismus ein Symptom gefunden, das er als „Schilddrüsensymptom“ bezeichnet und das charakterisirt ist durch eine — bisweilen einseitige — Anschwellung der Schilddrüse und durch Schmerzen, die selten spontan, aber stets sehr ausgesprochen sind, wenn jeder Schilddrüsenlappen zwischen den Fingern comprimirt wird. Dieses Symptom wird gewöhnlich in leichten und chronischen Fällen nicht gefunden, sondern nur bei acutem fieberhaften Gelenkrheumatismus. Die Schilddrüsenschwellung nimmt gewöhnlich mit der Gelenkschwellung zu und nimmt ab, wenn diese geringer wird. Wenn — was bisweilen der Fall war — Verf. das Schilddrüsensymptom im Beginn der Erkrankung sehr ausgesprochen fand, um es dann trotz des Weiterbestehens der Gelenksymptome bald verschwinden zu sehen, so sprach das immer für eine schlechte Prognose und für einen sehr langsamen Verlauf des Rheumatismus.

LEFFERTS.

95) **Rudolf Hoffmann** (München). **Serumuntersuchungen bei Thyreoidosen.** (Vorläufige Mittheilung.) *Münchener med. Wochenschr. No. 6. 1908.*

Erörterung der verschiedenen Drüsen mit interner Secretion, deren Antagonismus und wechselseitiger Ersatz, Pathologie dieser Organe, sowie therapeutische Beeinflussung durch entsprechende Sera, insbesondere durch Schilddrüsen- und Nebennieren-Präparate. Details müssen im Original nachgelesen werden.

HECHT.

96) **J. M. Müller. Morbus Basedow. (Exophthalmic goiter.)** *Lancet-Clinic. 25. Mai 1907.*

M. berichtet über drei Fälle, die mittels Röntgenstrahlen und jodfreier Diät geheilt wurden. Thyreodectin wurde versucht, hatte jedoch keinen Erfolg. Interessant war in dem einen Fall die Thatsache, dass die Patientin im 7. Schwangerschaftsmonat mit Zwillingen niederkam und dass jedes Kind einen grossen Kropf hatte.

EMIL MAYER.

97) **Gundorow** (St. Petersburg). **Beitrag zur Frage von der Thyreoiditis jodica acuta.** *Arch. f. Dermatol. Bd. 89. 1908.*

Die Thyreoiditis jodica acuta entwickelt sich bei besonders veranlagten, für Jod äusserst empfindliche Personen und bildet eine Erkrankung sui generis. Das Eintreten der Thyreoiditis hängt nicht von der Menge des in den Organismus eingeführten Jods ab, man muss sie zur Gruppe der Intoxicationserkrankungen im strengen Sinne des Wortes rechnen.

SEIFERT.

98) **S. P. Beebe. Die Physiologie der Schilddrüse in ihren Beziehungen zum Morbus Basedow. (The physiology of the thyroid gland in its relation to exophthalmic goitre.)**

99) **W. G. Mac Callum. Die Pathologie des Morbus Basedow. (The pathology of exophthalmic goiter.)** *Journal American Medical Association. 5. October 1907.*

Beebe giebt zuerst einen Ueberblick über die nach Entfernung der Schilddrüse auftretenden Erscheinungen und verweilt dann besonders ausführlich bei der Besprechung des Chemismus der Drüse. Er weist dann darauf hin, dass die Symptome, die bei Morbus Basedow vorhanden sind, Exophthalmus, Tachycardie, Tremor, gastrointestinale Störungen, profuse Schweisse, Temperatursteigerung, rapider Gewichtsverlust, alle experimentell bei Thieren dadurch hervorgerufen werden konnten, dass man sie mit Schilddrüsenpräparaten überfütterte. Will man den physiologischen Verhältnissen nahe kommen, so darf man den Thieren keine Handelspräparate in intermittirenden Dosen per os geben, man muss ein Extract der Drüse, die von derselben Thierspecies stammt, in kleinen, häufig wiederholten Dosen subcutan injiciren. Verf. bespricht schliesslich die beiden allgemein acceptirten Theorien, durch die der Ursprung der Hyperactivität der Drüse erklärt wird: erstlich als Resultat eines nervösen Shocks; zweitens durch compensatorische Hypertrophie während der Toxämie.

Mac Callum hat in zwei Fällen sehr sorgfältig die sympathischen Halsganglien und -Nerven studirt und hat keinerlei nennenswerthe pathologische Ver-

änderungen gefunden; ebenso fanden sich keine constanten Veränderungen im Centralnervensystem. Die einzigen nachweisbaren und constanten Veränderungen sind in der Schilddrüse, der Thymus und dem Lymphapparat zu finden.

Beide Autoren kommen zu dem Ergebniss, dass wir sehr wenig betreffs der Physiologie und Pathologie der Schilddrüse wissen. EMIL MAYER.

100) **L. Napoleon** (Boston). **Ein werthvolles Symptom bei Morbus Basedow. (A valuable sign in exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 17. August 1907.*

Das Symptom besteht in folgender Erscheinung: Hat der Patient das Auge nach oben gedreht und versucht nun, dem Finger des Untersuchers nach unten bis zur Höhe des Kinns zu folgen, so folgt das obere Lid dem Augapfel für eine kurze Strecke nach unten, bleibt dann einen Augenblick stehen, geräth in einen leichten Spasmus mit, wobei es anscheinend wieder etwas zurückgeht und folgt darauf von neuem dem Augapfel. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

101) **Gilbert** und **Philibert. Caustische Zerstörung des Oesophagus. (Destruction caustique de l'oesophage.)** *Société anatomique. 13. März 1908.*

Demonstration eines Abgusses des Oesophagus, eines Theiles des Pharynx und des Magens, den ein Patient 6 Tage nach dem Verschlucken eines unbekannten Aetzmittels zu Tage gebracht hatte. Der Abguss besteht aus fibrinöser mit Rundzellen durchsetzter Masse. Nach 5 Wochen absolute Stenose des Oesophagus. GONTIER de la ROCHE.

102) **Goldmann** (Freiburg). **Zur Operation des Speiseröhrendivertikels.** *Centralblatt f. Chirurgie. 51. 1907.*

Ein nach besonderer Methode operirter Fall von Pulsationsdivertikel bei einer 23jährigen Patientin. SEIFERT.

103) **B. Müller. Ein Beitrag zur Kenntniss der Pulsionsdivertikel der Speiseröhre.** *Dissertation. Giessen 1905.*

Nach eingehender Besprechung der Divertikel der Speiseröhre theilt M. ein typisches Beispiel eines nicht sehr umfangreichen Zenker'schen Pulsionsdivertikels mit, das von anderer Seite sondirt und durchstossen worden war. Die Section zeigte bei dem 62jährigen Manne eine diffuse eitrige Infiltration des ganzen hinteren Mediastinums bis zum Pankreas hin, des Halszellgewebes, des vorderen Mediastinums und des Zellgewebes der oberen Thoraxapertur. Fibrinös-seröse Pericarditis. OPPIKOFER.

104) **H. Stark** (Karlsruhe). **Die Bedeutung der Oesophagoskopie für die Diagnose und Behandlung verschluckter Fremdkörper.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 81—93. 1908.*

St. hat seit Erscheinen seines Lehrbuches der Oesophagoskopie 1905 vier weitere Fremdkörperfälle beobachtet, die er kurz mittheilt (2 mal Knochen, 1 mal Metalldoppelknopf und 1 mald Geldstück). Gestützt auf seine eigene reiche Er-

fahrung und unter Berücksichtigung der Arbeiten der letzten Jahre bespricht Verfasser die Vortheile der Oesophagoskopie gegenüber den übrigen Methoden und bedauert, dass die Oesophagoskopie auch heute noch, namentlich von chirurgischer Seite, nicht diejenige Anerkennung und Berücksichtigung gefunden hat, die sie verdient. Eine blutige Operation ist erst angezeigt, wenn die Oesophagoskopie versagt.

OPPIKOFER.

105) **Fink** (Karlsbad). **Zur Schwierigkeit der Diagnostik von Fremdkörpern im Oesophagus.** *Wiener med. Wochenschr. No. 42. 1907.*

Eine Frau verschluckte das in der Mitte der Gaumenplatte gebrochene Gebiss, hatte ausser stechenden Schmerzen in dem Brustabschnitt des Oesophagus keinerlei Beschwerden oder Behinderung. Spitalsaufnahme am selben Tage. Kartoffelkur, Sondirung mit verschiedenen Sonden sowie Röntgendurchleuchtung ergaben keinen Anhaltspunkt für einen Fremdkörper, welcher erst mittelst Oesophagotomie zu Tage gefördert wurde. Eigenthümliche Querlagerung sowie der Umstand, dass an dem verschluckten Fremdkörper kein Metall war, erklärten das Fehlschlagen der genannten Untersuchungsmethoden. Dringende Empfehlung der Oesophagoskopie.

CHIARI.

IV. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) British Medical Association.

Exeter Meeting.

Section für Laryngologie, Otologie und Rhinologie.

Sitzung vom 31. Juli 1907.

Vorsitzender: R. Makenzie Johnston (Edinburgh).

Der Vorsitzende giebt in einer Einleitungsrede einen Ueberblick über den Unterricht in Laryngologie und Otologie und den Stand dieser Disciplinen. Er spricht sich im Allgemeinen dagegen aus, die Zahl der Zwangscurse zu vermehren, man solle sich darauf beschränken, dem Studenten die Einsicht von der Bedeutung und Wichtigkeit dieses Zweigs der Medicin beizubringen.

Es steht zunächst zur Discussion: Die Differentialdiagnose zwischen tuberculösen, syphilitischen und malignen Erkrankungen des Larynx.

Sir Felix Semon fasst seine Erfahrungen dahin zusammen, dass gewöhnlich die Differentialdiagnose der drei Erkrankungen leicht ist, nicht selten aber auch Schwierigkeiten bietet und in Ausnahmefällen eine Zeit lang fast unmöglich sein kann. Folgende Punkte müssen beachtet werden: 1. Congestion der Stimmbänder als ein Initialsymptom der Tuberculose, Syphilis und maligner Erkrankung (a bilateral und b unilateral). 2. Die Schwierigkeiten der Differential-



diagnose zwischen tuberculösen, syphilitischen und malignen Tumoren. 3. Kehlkopftuberculose bei Leuten mittleren oder vorgerückten Alters als eine Quelle des Irrthums in der Unterscheidung zwischen Tuberculose, Syphilis und maligner Erkrankung. 4. Die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose, wenn die Krankheit in Form einer Infiltration auftritt und 5. die Combination zweier Erkrankungen. Wenn auch Redner der Ansicht zustimmt, dass einseitige Stimmbandcongestion gewöhnlich als Vorläufer einer schweren constitutionellen Erkrankung aufzufassen ist, so warnt er doch davor, dies als unfehlbare Regel zu betrachten. Andererseits berichtet er über einen interessanten Fall, in dem doppelseitige Stimmbandcongestion einer malignen Erkrankung des Kehlkopfs vorausging. S. giebt eine detaillirte Beschreibung der tuberculösen Kehlkopftumoren und bespricht die Unterscheidung von Gummi und Carcinom. Er constatirt ferner, dass Kehlkopftuberculose bei Leuten mittleren oder vorgerückten Alters häufiger ist, als man gewöhnlich annimmt und warnt davor, aus dem höheren Lebensalter der Patienten ohne weiteres zu schliessen, dass ein in seinem Kehlkopf gefundener ulcerirter Tumor ein Carcinom sei. Er illustrirt das Gesagte durch Mittheilung mehrerer Fälle. Die grössten Schwierigkeiten für die Differentialdiagnose der drei Krankheiten erwachsen, wenn es sich um eine Infiltration handelt, insofern als die Perichondritis, die bei allen dreien vorkommen kann, die Symptome der ursprünglichen Erkrankung völlig verschleiern kann. Schliesslich bespricht S. die Combination mehrerer Erkrankungen vom differentialdiagnostischen Standpunkt.

Jobson Horne sagt, dass ein geübtes Auge die Diagnose auf tuberculöse Veränderungen im Kehlkopf in den allermeisten Fällen stellen wird und dass man zu einer Differentialdiagnose am besten dadurch gelangt, dass man die Tuberculose ausschliessen kann.

H. bespricht folgende vier Punkte: Schmerzen, Stimmfunction, fibröse Degeneration und vorhergegangene locale Behandlung. Schmerzen treten früher und constanter bei Carcinom auf, fehlen oft bei Syphilis und Tuberculose, wenn der Kehlkopf in Ruhe ist. H. ist im Stande, zwischen der Heiserkeit bei Tuberculose einer- und bei Syphilis und Carcinom andererseits Unterschiede zu constatiren. Fibröse Degeneration in anderen Organen spricht für Syphilis, Carcinom oder Pachydermie. Für ein objectives Urtheil ist es nöthig, dass das Krankheitsbild nicht durch voraufgegangene Application von Causticis etc. oder Fortnahme von Gewebsstücken verändert ist.

Die objectiven laryngoskopischen Zeichen theilt H. ein in: Congestion der Kehlkopfschleimhaut und — vielleicht — verringerte Beweglichkeit des Stimmbands, Anschwellung, wenn nicht ausgesprochene Tumorbildung: Ulceration; Erscheinungen ausserhalb des Kehlkopfs, wie Drüsenschwellungen.

Nach H.'s Ansicht ist der Theil des Larynx, der reich an Drüsen und von Cylinderepithel bekleidet ist, am empfänglichsten für Tuberculose, die sich erst später per continuitatem auf die Plattenepithel tragenden Theile fortpflanzt: dagegen sind die Theile der Stimmbänder und Taschenbänder, die mit Plattenepithel bekleidet sind, am häufigsten Ursprungsstellen des Epithelioms. In den Frühstadien giebt daher schon der Sitz der Erkrankung einen gewissen Hinweis

für die Diagnose. Allen drei Erkrankungen ist gemeinsam, dass sie in Zellproliferation und Infiltration bestehen, die allmählich auch auf die inneren Muskeln des Kehlkopfs übergreifen und schliesslich Bewegungsbeschränkung einer oder beider Stimmbänder herbeiführen. Bei Tuberculose ist diese weniger ausgesprochen und persistent. Auch bei einfacher Pachydermie hat H. Fixation eines Stimmbandes beobachtet. Sonst kann die Bewegungsbeschränkung bei Anwesenheit eines ausgesprochenen Tumors dazu dienen, diesen als wahrscheinlich malignen von Papillomen oder sonstigen gutartigen Geschwülsten zu unterscheiden.

Uebergehend zu der Tumorbildung stellt H. die Ansicht auf, dass die Pachydermie mehr ein Krankheitssymptom als eine Krankheit an sich sei. Sie kann auf Syphilis, Tuberculose und Carcinom zurückgeführt werden. Die Diagnose auf Pachydermie allein genügt nicht. Zur Illustration bezieht sich H. auf den Fall Kaiser Friedrichs, wo Virchow auf Grund der Untersuchung eines herausgenommenen Stücks die Diagnose auf Pachydermie stellte.

Bei Besprechung der Ulcerationen drückt H. seine Ansicht aus, dass wenn tuberculöse Geschwüre im Larynx vorhanden sind, dies dafür spricht, dass bereits in der Lunge Cavernenbildung vorhanden ist. Er erwähnt bei Besprechung der mit multipler Erkrankung zu verwechselnden Geschwürsformen einen Fall, in dem eine ausgedehnte Ulceration der einen Kehlkopfhälfte der Sitz der Infection für eine infectiöse Endocarditis war.

Drüsenschwellung spricht für maligne Erkrankung, schliesst aber die Möglichkeit einer Tuberculose nicht aus; H. hat gefunden, dass wenn die Erkrankung in den Lungen zum Stillstand gekommen, im Kehlkopf jedoch wieder aufgeflackert ist, dass dann die cervicalen Lymphdrüsen inficirt werden, besonders wenn solch Kehlkopf einer activen Localbehandlung unterworfen wird.

H. weist dann auf Fälle von Combination von Tuberculose und Carcinom hin. Ist es gelungen, auf Grund der angegebenen Momente Tuberculose auszuschliessen und schwankt die Entscheidung zwischen Syphilis und Carcinom, so spricht die Wirkung grosser Dosen Jodkali für erstere Krankheit.

Bezüglich des Kehlkopfcarcinoms beschreibt H. eine Methode der Kehlkopfdurchleuchtung als differentialdiagnostisches Hülfsmittel, mittels der es möglich sein soll, eine bessere Ansicht von den unterhalb des Niveaus der Stimmlippen gelegenen Theilen zu erhalten, wo bei maligner Erkrankung bisweilen zuerst eine tiefe Infiltration auftritt. Von der Bedeutung des opsonischen Index für die Diagnose der malignen Kehlkopferkrankung hält H. zur Zeit nicht viel.

Zum Schluss weist H. auf die Wichtigkeit der laryngoskopischen Untersuchung im Frühstadium hin.

N. C. Haring (Manchester) betont die Bedeutung der Stimmbandfixation für die Diagnose maligner Erkrankung. Bei secundärer Syphilis zeigt der vordere Theil des Stimmbandes gewöhnlich mehr Congestion als bei Tuberculose oder Carcinom.

Herbert Tilley (London) berichtet über einen Fall von Tuberculose, der klinisch so dem Carcinom glich, dass die Thyreotomie gemacht wurde. Er ist nicht der Ansicht, dass die Berücksichtigung der Vertheilung des verschiedenen

Epithels im Larynx uns bei der Diagnose der Frühstadien maligner Erkrankung practisch fördert.

Dundas Grant (London) meint, dass die Einseitigkeit der Congestion als differentialdiagnostisches Merkmal nur für die Frühstadien der Tuberculose in Betracht kommt. Er erwähnt einen Fall von tuberculöser Geschwulst in der vorderen Commissur, der Schwierigkeiten für die Diagnose ergab. Bisweilen ist es von Bedeutung, eine eitrige Nasenaffection als Ursache für Erscheinungen am Kehlkopf, die der Tuberculose ähnlich sind, besonders in der Arytänoidregion auszuschliessen.

William Hill (London) spricht zu Gunsten der von Horne befolgten klinischen Methode. Jodkali hält er für ein ungenügendes diagnostisches Hilfsmittel.

Scanes Spicer (London) meint ebenfalls, dass Horne's Methode die Methode der Zukunft für die Differentialdiagnose sei. Er hält die malignen Geschwülste, die den Kehlkopf von aussen her ergreifen, für häufiger als man glaubt.

H. S. Birkett (Montreal) erwähnt, dass in Amerika sich das Tuberculin als diagnostisches Mittel sehr bewährt hat, besonders in den Fällen, die nur Hyperämie des einen Stimmbandes ohne Anzeichen in den Lungen zeigen.

W. S. Syme (Glasgow): In den Frühstadien der Syphilis ist die Färbung der Kehlkopfschleimhaut purpurn, während sie in den Frühstadien der Tuberculose mehr rosa ist.

Adoph Bronner (Bradford) erwähnt das Vorkommen eines diffusen Fibroms des Stimmbandes bei alten Leuten, das bisweilen Schwierigkeiten für die Diagnose bieten kann. Bei der Tuberculinprobe muss man stets auf eine Schwellung gefasst sein, die die Tracheotomie nöthig machen kann.

J. B. Ball (London) spricht zu Gunsten des Jodkali als differentialdiagnostisches Mittels. Es giebt Fälle, in denen zuerst die Syphilis und andere, in denen zuerst die Tuberculose ausgeschlossen werden muss.

Watson Williams (Bristol) erwähnt Fälle, in denen weder Tuberculose noch Syphilis auszuschliessen war. Tritt in der Schwerbeweglichkeit des Stimmbandes in Folge Ruhe Besserung ein, so spricht das für Tuberculose.

George Jackson (Liverpool): Die relative Häufigkeit von Caries der oberen und mittleren Muschel und des Siebbeins und die Bedeutung der Nasenuntersuchung in allen Fällen mit Symptomen von Schwerhörigkeit und Schwindel und Halsaffectionen nebst einigen therapeutischen Bemerkungen.

J. mahnt, vermehrte Aufmerksamkeit der oft übersehenen Siebbeinerkrankungen zuzuwenden. Wenn er auch die Bezeichnung „nekrotisirende Ethmoiditis" nicht gut gewählt findet, kann er doch im Wesentlichen die Angaben von Woakes bestätigen. In 50 pCt. seiner Fälle von Mittelohrerkrankung fand er Siebbeinaffectionen.

Scanes Spicer (London) räth ebenfalls zur Behandlung der Nasenaffectionen in Fällen von Ohrenklingen und anderen Ohrensymptomen.

Bronner (Bradford) zollt zwar den Arbeiten von Woakes ebenfalls Beifall, glaubt aber, dass sie nach dem neuesten Stand unserer Kenntnisse nicht völlig zutreffen.

Watson Williams demonstrirt stereoskopische Projectionsbilder, betreffend einige Punkte in der Anatomie und chirurgischen Behandlung der Nasennebenhöhlen.

Er zeigt unter anderen Illustrationen von Stirnhöhlenoperationen nach Killian und Delsaux und einer von ihm selbst angegebenen Methode.

Stuart Low (London): Submucöse Turbinectomie.

Die Operation bezweckt eine Verkleinerung der vergrösserten unteren Muschel ohne Verletzung der dieselbe bedeckenden Weichtheile. Die Operation ist auch auf die mittlere Muschel anwendbar. Der Redner beschreibt die Details des Eingriffs, der auch unter Localanästhesie ausgeführt werden kann.

William Hill (London) glaubt nicht, dass die Operation allgemein anwendbar ist.

Jobson Horne (London) meint gleichfalls, dass die Zahl der für diese Operation geeigneten Fälle sehr klein sei; er hat übrigens Angaben über das Verfahren bereits vor 8 oder 9 Jahren gefunden.

Watson Williams (Bristol) ist ebenfalls der Meinung, dass die Operation nur selten indicirt ist; in der Mehrzahl der Fälle von Hyperplasie der unteren Muschel sind die Weichtheile verdickt und nicht der Knochen.

Robert Fullerton: Eine Geschwulst, die von der rechten Tonsille entfernt und als Teratom angesehen wurde.

Es werden Zeichnungen und mikroskopische Präparate demonstrirt.

Eugene S. Yonge (Manchester): Beobachtungen über die Ursachen des Entstehens von Nasenpolypen.

Die Frage der Aetiologie fällt zusammen mit der Frage nach der Ursache dafür, dass ein kleiner Theil der Nasenschleimhaut ödematös wird. Y. ist auf Grund seiner Untersuchungen, über die er kürzlich ausführlich in einer Monographie berichtet hat, zu dem Resultat gelangt, dass das locale Oedem der Nasenschleimhaut, das das erste Stadium der Polypenbildung darstellt, eine seröse Gewebsinfiltration ist, das Resultat einer Circulationshemmung an dieser Stelle und zwar besonders der periglandulären Venen und Capillaren; die Ursache dieser Gefässobstruction wieder besteht in der cystischen Dilatation der Schleimdrüsen oder genauer der Drüsenausführungsgänge.

Watson Williams (Bristol) kann den Theorien Yonge's nicht zustimmen. Er betrachtet die Polypen als Resultat einer Verlegung der Lymphgefässe innerhalb eines beschränkten Bezirks der Schleimhaut, als einer entzündlichen Ver-

änderung in Folge Infection, kurz einer infectiösen Lymphangitis mit Verlegung der Gefässe analog der Elephantiasis. Ist die Gefässverlegung nur vorübergehend, so kann das Oedem verschwinden, ist sie andauernd, so bildet sich ein Polyp. Im Laufe der Zeit greifen in Folge der excessiven Lymphversorgung verschiedene hypertrophische Veränderungen in dem Polypen Platz. Der infectiöse Process, der, wenn die Mucosa ergriffen wurde, zur Polypenbildung führte, verursachte auch entzündliche Veränderungen am Knochen. Die Vorgänge in der Mucosa und dem darunter liegenden Knochen sind gleichzeitig und nicht von einander abhängig.

W. spricht dann von den Polypen, die sich in dem ödematösen Gewebe bilden, das durch aus den Siebbeinzellen kommenden Eiter veranlasst wird. Es giebt aber viele Infectionen, bei denen die Nasenschleimhaut in Mitleidenschaft gezogen wird, ohne dass Eiterungen vorhanden sind (z. B. Masern) und es scheint so, als ob der einzelne grosse Polyp, den man bisweilen findet und der in jahrelangem Wachsthum sich gebildet hat, sich im Anschluss an einen weit zurückliegenden infectiösen Process gebildet hat.

J. B. Ball (London) unterscheidet drei als Vorläufer der Polypenbildung zu betrachtende Zustände: Katarrhalische Zustände, Niesparoxysmen, Nebenhöhleneiterungen; bei den meisten Fällen treffe die eine oder andere dieser drei Kategorien zu.

William Milligan (Manchester) hält die Lymphgefässtheorie von William für zutreffend; gegen Yonge's Annahme, dass die Polypen in Folge Irritation der Schleimhaut entständen, spreche der Umstand, dass sie sich niemals bei Tabakschnupfern fänden.

Mackenzie Johnston meint, dass die Theorie Watson Williams' sich auf eine grosse Anzahl von Fällen anwenden lasse. Die von Yonge an Katzen gemachten Versuche hätten darum keinen grossen Werth, weil die Untersuchung der Nase bei der Katze während des Lebens schwierig sei und wir nicht wissen, wie die klinischen Bedingungen seien. Jobson Horne.

V. Briefkasten.

Verein süddeutscher Laryngologen.

Fünfzehnte Versammlung zu Heidelberg am Pfingstmontag.

Programm.

Vorstandssitzung: 7. Juni, 6 Uhr Nachmittag.

Am Sonntag, den 7. Juni d. J., findet ein Bierabend und Begrüssung der Theilnehmer und ihrer Damen von Abends 8 Uhr ab in der Stadthalle statt. Herr Professor Killian wird vortragen: „Eine wissenschaftliche Reise in Nord-Amerika" mit Projectionsbildern.

Der Verein ladet hierzu die Mitglieder der Deutschen otologischen Gesellschaft, der Deutschen laryngologischen Gesellschaft, sowie die übrigen Theilnehmer ganz ergebenst ein.

Am Montag, den 8. Juni, um 8 Uhr Vormittags in der Stadthalle: Beginn der wissenschaftlichen Sitzung.

Nach Erledigung der Geschäftssitzung und der unten verzeichneten Vorträge und Demonstrationen wird um 2 Uhr Mittags ein Festessen im Grand Hôtel die Theilnehmer und ihre Damen vereinigen. Vorausbestellung der gewünschten Couvertzahl wird an Herrn Professor Jurasz erbeten.

Nach dem Festessen findet ein Ausflug in die nächste Umgebung Heidelberg's statt.

Für den Abend erbitten sich Herr und Frau Prof. Jurasz das Vergnügen. die Mitglieder und ihre Damen in ihrem Hause, Kaiserstrasse 7, von 8 Uhr ab als ihre Gäste begrüssen zu dürfen.

Vohsen,	Jurasz,	Blumenfeld,
I. Schriftführer.	Localcomité.	Schriftführer.

Tagesordnung der Geschäftssitzung.

Der Vorstand des Vereins stellt einen Antrag auf Aenderung der Statuten und bringt ihn gemäss § 7 hiermit zur Kenntniss der Mitglieder:

§ 1 der Statuten erhalte folgende Fassung:

Der Verein Deutscher Laryngologen bezweckt die wissenschaftliche und persönliche Annäherung der Specialisten für Kehlkopf-, Rachen- und Nasenkrankheiten. Er vertritt die wissenschaftlichen und socialen Interessen der Laryngologen. Die Sitzungen finden einmal jährlich statt; der Ort und die Zeit werden in der vorhergehenden Sitzung bestimmt.

Kassenbericht.
Wahl dss Vorstandes.
Neuaufnahmen.

Angemeldetete Vorträge und Demonstrationen.

1. Herr Neugass (Mannheim):
   Kleinere rhinologische Mittheilungen.
2. Herr Katz (Kaiserslautern):
   Partielle Synechie der Stimmbänder nach Trauma.
3. Herr Killian (Freiburg i. Br.):
   Die Nasennebenhöhlen bei Scharlach.
4. Herr von Eicken (Freiburg i. Br.):
   Unsere Erfahrungen über Complicationen bei Erkrankungen der Nasennebenhöhlen.
5. Herr Brünings (Freiburg i. Br.):
   a) Ueber Lichttherapie bei acuten Nebenhöhlenempyemen.
   b) Beiträge zur submucösen Fensterresection.
   c) Ueber die Beleuchtungsprincipien endoskopischer Rohre.
6. Herr Manasse (Strassburg i. E.):
   Zur Pathologie und Therapie der malignen Nasenhöhlengeschwülste.
7. Herr O. Körner (Rostock):
   Analogien zwischen den Vagus-Recurrens- und Oculomotorius-Lähmungen.
8. Herr Veis (Frankfurt a. M.):
   Gumma der Nebenhöhlen der Nase.
9. Herr Guyot (Genf):
   Tumorartige Tuberculose der Nase und der Kieferhöhle.

10. Herr Starck (Karlsruhe):
    Demonstrationen.
    Tumor des Sinus frontalis.
11. Herr Goris (Brüssel):
    a) Radicale Operation eines beginnenden Sarkoms der Nasenscheidewand.
    a) Operation primärer Tuberculose der Mandeln.
12. Herr Lindt (Bern):
    Rhinologische Mittheilungen.
13. Herr Schäfer (München):
    Demonstration eines Operationsstuhles für die Sprechstunde der Laryngo-Otologen.
14. Herr F. R. Nager (Basel):
    Demonstration von Nasenrachentumoren.
15. Herr Nadoleczny (München):
    Zur Therapie der lacunären Angina.
16. Herr Kahsnitz (Karlsruhe):
    Beiträge zur Inhalations-Therapie.
17. Herr Jurasz (Heidelberg):
    Beiträge zur Pathologie und Therapie der Kehlkopftuberculose.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, Juli. 1908. No. 7.

I. Rückblicke auf den I. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress.

Wien, 21. bis 25. April 1908.

Der in der Mainummer des Centralblatts erschienene kurze Bericht über die soeben stattgehabte Versammlung ist weit davon entfernt geblieben, ein auch nur annähernd erschöpfendes Bild von den Leistungen und der Bedeutung des Congresses zu geben. Mit Schwierigkeit einigen spärlichen freien Augenblicken abgerungen, mit Mühe und nur auf Kosten der Vollständigkeit — namentlich was die Berichterstattung über die letzten Sitzungen anbetrifft — noch rechtzeitig abgeschlossen, hat er nicht mehr als die äusserlichen Umrisse des Congresses und auch diese nur in flüchtigen Linien zu zeichnen vermocht. Hinsichtlich der gesammelten Erfahrungen und der Lehren, welche sich für die weitere Entwickelung unserer Specialität ergaben, ist er so gut wie Alles schuldig geblieben.

Diese Erfahrungen, diese Lehren verdienen es aber, festgehalten zu werden. Sie sind manchem von uns nicht nur erfreulich, sondern auch überraschend gekommen und haben eine ziemlich resignirte Stimmung wenn nicht in übertriebene Hoffnungsfreudigkeit, so doch in die Ueberzeugung verwandelt, dass es sich verlohne, ja dass es Pflicht sei, auf dem als richtig erkannten Wege weiter zu wandeln und für die Weiterentwickelung unserer Specialität in dem Sinne des ersten halben Jahrhunderts ihres Bestehens weiter zu kämpfen. Betrachtungen dieser Art sind die folgenden Ausführungen gewidmet.

Dass der Congress ein wirklicher internationaler war, geht aus der Mitgliederliste und aus den in der Mainummer gegebenen näheren Daten hervor. Auffallend und bedauerlich war nur das fast vollständige Ausbleiben unserer Collegen aus den Vereinigten Staaten. Erinnert man sich, dass während der ersten 25 Jahre des Bestehens der Laryngologie Wien ganz besonders für die amerikanischen Fachgenossen die hohe Schule war, auf der dieselben ihre specialistische Bildung genossen, und weiss man, wie leicht die Amerikaner reisen, so erscheint ihr Fernbleiben doppelt befremdend. Vermuthlich ist an erster Stelle der Umstand dafür verantwortlich zu machen, dass in der ersten Hälfte des Mai die Jahresversammlung der American Laryngological Association stattfand, dass dieselbe zum ersten



Mal seit dem Bestehen der Gesellschaft auf canadischen Boden abgehalten wurde, und dass es schwer möglich gewesen wäre, den Besuch beider Veranstaltungen mit einander zu vereinigen. Auch dürfte es vielen amerikanischen Collegen unmöglich gewesen sein, sich um diese Jahreszeit für längere Zeit von ihrer Praxis frei zu machen. Immerhin haben wir alle den fast gänzlichen Ausfall des amerikanischen Elements sehr bedauert.

Was den Rest der Welt anbetrifft, so war die Laryngologie aller Culturstaaten stattlich vertreten, und unter den Anwesenden gewahrte man die Träger der klangvollsten Namen in unserer Specialität. Wir stehen davon ab, einzelne Namen zu nennen: die Mitgliederliste legt beredtes Zeugniss für den durchaus internationalen Charakter der Versammlung ab.

Und gearbeitet ist worden, dass es eine Freude war! — Ich kenne sehr wohl das alte Sprüchwort vom Eigenlob. Aber es muss doch constatirt werden, dass weder der Reiz der schönen Stadt und ihrer künstlerischen, architectonischen und landschaftlichen Anziehungskräfte, noch die uns durch die charmante Wiener Gastfreundschaft gebotenen vielen Feste dem Ernst und der Länge unserer Arbeitszeit Eintrag gethan haben. Wann immer zwischen 9,30 und 1 Uhr Vormittags, zwischen 2,30 und 5 Uhr Nachmittags man in den Sitzungssaal trat, so fand man ihn gefüllt und die Hörenden emsig auf die Worte des jeweiligen Redners lauschend. Wenn wir trotzdem, und obwohl von der zweiten Hälfte des Congresses an die jedem einzelnen Redner in der Discussion zugebilligte Zeit durch einmüthigen Beschluss auf fünf Minuten herabgesetzt worden war, unser Programm nicht völlig erledigen konnten, so ist dies auf verschiedene Umstände zurückzuführen.

In erster Stelle darf nicht vergessen werden, dass volle acht Jahre verflossen waren, seit die letzte wirkliche internationale laryngologische Zusammenkunft stattgehabt hat. Denn der Madrider Congress war von den Laryngologen nur sehr schwach, der Lissaboner so gut wie gar nicht besucht. So war die Möglichkeit, neuere Ergebnisse vor ein internationales Tribunal zu bringen, lange Zeit versagt gewesen, und es war nur natürlich, dass unter diesen Umständen Anmeldungen privater Vorträge ganz ausnahmsweise zahlreich einliefen. Standen doch schliesslich fast 90 solche Vorträge auf dem Programm. Wäre nichts weiter zur Verhandlung gekommen als diese Vorträge, so wären bei den 36 Stunden der totalen Sitzungsdauer (6 Stunden täglich vom Dienstag bis zum Sonnabend inclusive) etwa 23 Minuten auf jeden einzelnen Vortrag und die sich an denselben anschliessende Discussion gekommen, gewiss eine recht knapp bemessene Zeit.

Aber ganz abgesehen davon, dass der Tod unseres Altmeisters L. v. Schrötter die zu Gebote stehende Zeit durch die Vertagung nach seinem Ableben und durch die Theilnahme des gesammten Congresses an seiner Beerdigung um mehrere Stunden verkürzte, schränkte ein anderer Umstand dieselbe weit beträchtlicher ein. Ich spreche natürlich von den allgemeinen Referaten und den sich an dieselben anschliessenden Discussionen.

Dass allgemeine, von dem vorbereitenden Comité ausgewählte Discussionen über zur Zeit im Vordergrunde des Interesses stehende wissenschaftliche und

Standesfragen das Rückgrat solcher Zusammenkünfte bilden müssen, ist allerseits anerkannt, und dass den einleitenden Vorträgen bei dieson Discussionen längere Zeit zugestanden werden muss, als privaten Mittheilungen, ebenfalls. Aber ein gewisses Maass muss auch hierbei eingehalten werden, um nicht die knapp zugemessene Gesammtzeit über Gebühr in Anspruch zu nehmen. Das war dieses Mal von einigen der Referenten nicht genügend berücksichtigt worden und gab Anlass zu berechtigten Beschwerden. Wenn zwei Referate über einen und denselben Gegenstand — und fast alle allgemeinen Discussionen wurden ja von zwei Referenten eingeleitet — eine Stunde und 40 Minuten in Anspruch nehmen, während die ganze Dauer der betreffenden Sitzung nur $2^1/_2$ Stunde beträgt, so ist das des Guten entschieden zu viel! Die Aufmersamkeit erlahmt, die Zuhörenden sehnen sich nach dem Ende der Referate, diejenigen, die in der Discussion sprechen wollen, sehen ihre Chancen mehr und mehr schwinden, und die Verfasser privater Vorträge, welche nach dem Schluss der allgemeinen Discussion angesetzt sind, sehen voraus, dass sie entweder gar nicht oder nur in grösster Kürze zu Wort kommen werden, und fühlen sich in ihren Rechten beeinträchtigt. Diesen Gefühlen ist denn auch wiederholentlich lebhafter Ausdruck gegeben worden, und auf sie ist der Antrag zurückzuführen, der in der Schlusssitzung mit allgemeiner Zustimmung angenommen wurde, dass die officiellen Referate in Zukunft der Zeitersparniss wegen vor der Verhandlung den Mitgliedern gedruckt zugestellt werden sollen, um deren zeitraubende Vorlesung zu vermeiden, und dass die Referenten nur am Schlusse der Discussion das Schlusswort haben sollen.

Die Annahme dieses Antrages bedeutet eine sehr erhebliche Verbesserung in den Einrichtungen unserer internationalen Zusammenkünfte. Wie oben gezeigt, betrug die totale Sitzungsdauer bei dem Wiener Congress 36 Stunden. Während desselben fanden 6 allgemeine Discussionen statt, die von 10 Referenten eingeleitet wurden. Angenommen, dass jeder derselben nur eine halbe Stunde für sein Referat in Anspruch genommen hätte, so wären 5 Stunden, also nahezu der siebente Theil der im Ganzen zur Verfügung stehenden Zeit von den Referenten consumirt worden. In Wirklichkeit aber war die betreffende Zeit beträchtlich länger — man darf wohl sagen: 7—8 Stunden, d. h. etwa der fünfte Theil der Gesammtheit! — Bei der enormen Zahl der angemeldeten Privatvorträge, von denen sehr viele gar nicht zu Gehör kamen, liegt es auf der Hand, was die durch den neuen Modus einzuführende Zeitersparniss besagen will! —

Aber dieser Modus hat noch einen anderen grossen Vortheil. Selbst für Zuhörer, die mit der Sprache, in welcher ein längeres Referat abgefasst ist, vollständig vertraut sind, ist es immer wünschenswerth, den Inhalt des Referats schon vorher zu kennen, um diejenigen Punkte herauszugreifen, auf welche der Referent selbst das grösste Gewicht legt, und welche vorwiegend den Gegenstand der folgenden Discussion bilden sollten. Dies gilt aber noch in viel höherem Maasse für Angehörige anderer Nationen, denen die Sprache, in welcher das Referat abgefasst ist, gar nicht oder nur wenig geläufig ist, und welche dem Redner nur mit Schwierigkeit oder überhaupt nicht folgen können, während ein vorgängiges Studium des im Druck vorliegenden Referates ihnen das Verständniss bedeutend erleichtern würde. Denn es ist, wie ich aus Erfahrung weiss, etwas sehr verschie-

denes, englisch gesprochen zu hören, oder es zu lesen, und das gilt auch für viele andere Sprachen.

Die Erwähnung der Sprachenfrage bringt mich auf zwei weitere Punkte, die bei dieser Gelegenheit Erwähnung verdienen.

Der erste derselben betrifft die Erleichterung des Verständnisses, die bei einem mehrsprachigen Congress dadurch angebahnt würde, wenn es für die Annahme jedes Referats und jedes privaten Vortrags zur unabänderlichen Bedingung gemacht würde, dass der Verfasser mehrere Monate vor Abhaltung des Congresses einen kurzen Auszug aus seinem beabsichtigten Beitrag an den Generalsecretär einzusenden habe, damit dieser Auszug in die anderen Congresssprachen übersetzt und in diesen, wie in der Originalsprache vor Beginn des Congresses gedruckt und bei Eröffnung des Congresses sämmtlichen Theilnehmern eingehändigt werden könne.

Der Vorschlag ist kein neuer. Er ist vor nicht weniger als 27 Jahren bei Gelegenheit des Londoner internationalen medicinischen Congresses thatsächlich ausgeführt und allseitig mit grosser Dankbarkeit aufgenommen worden. Wie sehr er damals das Verständniss erleichtert hat, wird den Theilnehmern des Congresses wohl noch in lebhafter Erinnerung sein.

Gegen ihn dürften nur zwei ernstliche Einwürfe gemacht werden können: einmal die Kostenfrage der Uebersetzung und Drucklegung der Abstracte, zum zweiten die dem vorbereitenden Comité dadurch aufgebürdete Vergrösserung seiner Mühewaltung. Beide sind gewiss nicht zu unterschätzen: wenn sie aber überwunden werden können, wie sie es in London, Dank der unermüdlichen Energie unseres damaligen Generalsecretärts, des verstorbenen Sir William Mac Cormac wurden, so dürfte der Dank aller Theilnehmer und die erhöhte wissenschaftliche Leistungsfähigkeit wohl für die mit dem Vorschlage verbundenen Mehrkosten und vergrösserte Arbeitslast reichlich entschädigen.

Der zweite, mit der Sprachenfrage in Zusammenhang stehende Punkt ist die sehr delicate Erwägung: in welcher Sprache die Referate gehalten werden sollten, welche die allgemeinen Discussionen einleiten? —

Als bei Gelegenheit des eben verflossenen Congresses mein Freund Lermoyez das ihm anvertraute Referat in deutscher Sprache hielt, wurde dies von der grossen Majorität der Theilnehmer, welche bei diesem Congresse dem deutschen Sprachkreise angehörte, als ein graziöses Compliment aufgenommen und beifälligst begrüsst; als ich späterhin das mir übertragene Referat in englischer Sprache verlas, wurde ich von den verschiedensten Seiten privatim darüber interpellirt, warum ich nicht in meiner Muttersprache vorgetragen habe: es seien ja nur verhältnissmässig so wenige Engländer und fast gar keine Amerikaner gegenwärtig, und ich würde von der grossen Mehrzahl der Anwesenden viel besser verstanden worden worden sein, wenn ich deutsch gesprochen hätte.

Wenn ich im Folgenden meine Gründe für meine Wahl vorbringe, so wünsche ich vorauszuschicken, dass ich bereitwilligst zugebe, dass die Ansichten über diese Frage mit gutem Recht völlig auseinandergehen mögen. Alles hängt davon ab, in welchem Lichte man die Einladung betrachtet, die Einleitung einer allgemeinen Discussion zu übernehmen.

Sieht man dieselbe als ein rein persönliches Compliment an, das dem Aufgeforderten erwiesen wird, so lässt sich gewiss nichts dagegen einwenden, wenn derselbe es — falls er dies kann — damit erwidert, dass er in der Sprache der Wirthe vorträgt. Fasst man die Einladung aber in dem Sinne auf, dass der Aufgeforderte, wenn auch theilweise auf Grund persönlicher Qualification, doch hauptsächlich als Vertreter eines Culturstaats erwählt worden ist, ein Referat zu übernehmen, so ergiebt sich daraus m. E. für ihn die Verpflichtung, seine Rede in der Sprache des Landes zu halten, das er vertreten soll, vorausgesetzt natürlich, dass die betreffende Sprache zu den Congresssprachen gehört.

Aus diesem Grunde habe ich in Wien mein Referat in englischer Sprache gehalten, und bei weiterem Nachdenken über die Frage muss ich gestehen, dass mir der von mir eingenommene Standpunkt als der richtige für solche Gelegenheiten erscheint. Bei einem internationalen Congressse muss vor allem Bedacht darauf genommen werden, so sehr wie möglich den internationalen Charakter zu wahren, so viel als möglich bei allen öffentlichen, socialen und wissenschaftlichen Gelegenheiten alle Länder zu berücksichtigen, nicht ein Land oder eine Sprache auf Kosten der anderen hervortreten zu lassen. Jeder, der einmal in einem vorbereitenden Comité für derartige internationale Veranstaltungen gesessen hat, wird mir bezeugen, mit welcher geradezu ängstlichen Sorgfalt über diesen Punkt gewacht wird. Er wird bei der Auswahl der Referenten, bei den Reden, die bei öffentlichen Festen zu halten sind, bei der Wahl der Ehrenpräsidenten, bei den Tafelordnungen — genug bei allen Gelegenheiten, wo irgend welche internationale Eifersüchteleien entstehen könnten, in erster Stelle berücksichtigt. Und mit vollem Recht! — Denn unsere internationalen Zusammenkünfte sollen, wie es die Wiener war, durchaus freundschaftliche sein, frei von chauvinistischen Reibungen und Beschwerden, jedermann sein Recht gebend! —

Da ist es denn nur billig, wie mir scheint, dass jede der Congresssprachen zu ihrem Rechte kommt. Wäre es möglich, so wäre es gewiss schön, dass jedermann in seiner eigenen Sprache redete. Ich sympathisire durchaus mit den Collegen, die Ländern angehörig, welche Tüchtiges für unsere Wissenschaft geleistet haben, sich einer anderen als ihrer Muttersprache bedienen müssen, um ihre Gedanke der Versammlung vorzutragen. Aber: e duobus malis minus eligendum est — dieser medicinische Grundsatz muss auch bei diesen internationalen Gelegenheiten gelten. Wir können die zulässigen Sprachen nicht über die drei gegenwärtig allgemein adoptirten Congresssprachen: deutsch, französisch, englisch ausdehnen, ohne einander noch unverständlicher zu werden, als dies schon jetzt vielfach der Fall ist, und ohne den Zweck unserer Zusammenkünfte mehr oder minder illusorisch zu machen. Das, meine ich, muss auch von den Vertretern nationaler Ansprüche zugegeben werden. —

Innerhalb des gesteckten Rahmens aber sollte jede der officiellen Congresssprachen zu ihrem Rechte kommen. Der zufällige Umstand, dass die jeweilige Majorität der Theilnehmer einem bestimmten Sprachenkreis angehört, darf die anderen Congresssprachen nicht völlig verbannen. Und zu einer solchen, fast völligen Verbannung der englischen Sprache seitens der Vortragenden wäre es

auf dem Wiener Congress gekommen, wenn auch ich wie Lermoyez mein Referat in deutscher Sprache erstattet hätte, da, abgesehen von demselben, nur ein einziger Vortrag — derjenige Mr. Tilley's — in englischer Sprache gehalten wurde. Ich hoffe, ich werde allgemeine Zustimmung finden, wenn ich sage, dass eine solche Verbannung nicht nur dem internationalen Charakter dieser Zusammenkünfte direct zuwiderläuft, sondern auch die berechtigten Interessen der Minorität beeinträchtigt. Ich bin immer dagegen gewesen, dass die einen alles, die anderen gar nichts haben sollen, und nachdem die deutsche Sprache bei dem Wiener Congresse mehr als den Löwenantheil gehabt hatte, war es sicherlich nur recht und billig, dass der Vertreter Grossbritanniens das ihm anvertraute Referat in englischer Sprache hielt. Es steht zu hoffen, dass auf weiteren Congressen in geichem Sinne verfahren werden wird.

Aber wenn ich so der Befolgung internationaler Principien das Wort rede, so verkenne ich nicht, dass man auch in diesem Punkte zu weit gehen kann. Und ich stehe nicht an zu bekennen, dass man in dem Wunsche: allen Ländern Höflichkeiten zu erweisen, in einer Beziehung meiner Ansicht auch auf dem Wiener Congresse zu weit gegangen ist, nämlich in der Besetzung der Ehrenpräsidenturen! —

Das Institut der Ehrenpräsidenturen hat schon früher wiederholentlich (vgl. Centralblatt I, S. 77 und XVI, S. 418) zur Unzufriedenheit Veranlassung gegeben. Bald ist eine unverhältnissmässig grosse Anzahl von Ehrenpräsidenten vorgeschlagen, bald sind solche der Versammlung einfach octroyirt worden. Bei einer Gelegenheit wurde eine ganze Anzahl von Collegen, die nie daran gedacht hatten, überhaupt zu dem betreffenden Congress zu kommen, vom vorbereitenden Comité kurzweg zu Ehrenpräsidenten ernannt, während die Wahl anderer eine nichts weniger als glückliche war. Bei dem Wiener Congresse hatte man das Princip befolgt, für jeden der vertretenen Staaten einen Ehrenprädidenten zu ernennen und jeden der Ehrenpräsidenten thatsächlich präsidiren zu lassen, so dass, da nur 10 Sitzungen stattfanden und 19 Ehrenpräsidenten ernannt worden waren, in den meisten Sitzungen sich zwei oder selbst mehr Ehrenpräsidenten in das Präsidium einer und derselben Sitzung zu theilen hatten.

Nun ist gewiss die Courtoisie anzuerkennen, mit der man jeden der vertretenen Staaten zu ehren wünschte, und wäre jeder derselben durch einen oder mehrere allgemein bekannte Fachgenossen vertreten gewesen, so würde sich gegen den gewählten Modus wenig haben einwenden lassen, ausser dass es doch etwas hart gegen die jüngeren distinguirten Laryngologen sei, dass dieselben bei solchen Gelegenheiten, wenn nur ein Repräsentent für jedes Land gewählt wird, immer wieder hinter älteren Repräsentanten ihres Landes zurückstehen müssen, die man kaum übergehen kann! —

In Wirklichkeit aber lag die Sache anders. Wenn man auch in Wien in der Mehrzahl der vertretenen Länder die Wahl unter mehreren oder selbst vielen bekannten Fachgenossen hatte, und in anderen wenigstens ein nicht völlig unbekannter Vertreter aufzutreiben war, so traf auch dies auf eine ganze Reihe der vertretenen Länder nicht zu, und so erlebten wir das Schauspiel, dass in der Reihe der Ehrenpräsidenten neben einer Anzahl der bekanntesten Laryngologen

sich eine Anzahl von Namen fanden, deren Träger literarisch und anderweitig der Majorität der Theilnehmer völlig unbekannt waren, die in ihrer Heimath, soviel wir wissen, durchaus keine hervorragende Stellung einnehmen, und von denen wiederum einige anscheinend die drei Congresssprachen nicht genügend beherrschten, um, wenn dies nothwendig wurde, präsidentiell in die Verhandlungen eingreifen zu können! —

Selbstverständlich ist dies kein Vorwurf gegen die betreffenden Herren Collegen: es ist ein Einwand gegen das gewählte System! — Mit dem Namen „Ehrenpräsident" verbindet jedermann die Vorstellung, dass der Träger dieses stolzen Titels persönlich etwas geleistet haben muss, das ihn zur Führung desselben berechtigt, und für die Mehrzahl der gewählten traf dies unzweifelhaft zu. Wenn aber mit demselben Titel eine nicht unbeträchtliche Minorität nur aus dem Grunde beehrt wird, weil jedes Mitglied dieser Minorität aus einem Lande stammt, das sich politischer Unabhängigkeit erfreut, wenn es auch nie etwas für die Laryngologie geleistet hat, und wenn de facto die blosse an das Comité gelangende Mittheilung, dass ein einzelner Laryngologe aus einem bisher noch nicht vertretenen Lande bei dem Congresse anwesend sei, genügt, um denselben nunmehr sofort zum „Ehrenpräsidenten" zu ernennen, während eine grosse Anzahl weltbekannter und hochverdienter Männer gegenwärtig ist, denen diese Ehre nicht zu Theil wird, so erscheint mir das in der That als eine reductio ad absurdum des ganzen Instituts!*). —

Will man dasselbe überhaupt beibehalten, so scheint mir immer noch der Modus der beste, den ich im Jahre 1900 (vgl. Centralblatt XVI, S. 419) proponirt habe: „Angenommen, dass 10 Sectionssitzungen während der Dauer eines internationalen Congresses stattfinden, so präsidire der wirkliche Sectionspräsident in der ersten Sitzung. Für jede der übrigen 9 Sitzungen schlage das Bureau je einen Repräsentanten der thatsächlich vertretenen Culturländer, von welchem es weiss, dass derselbe wirklich zum Congress erscheinen wird, als Ehrenpräsidenten vor, wobei es aber der Section (resp. der Versammlung) selbst überlassen bleiben muss, die Wahl zu vollziehen, resp. aus der Mitte der Versammlung selbst weitere Vorschläge entgegenzunehmen, beziehungsweise andere Ehrenpräsidenten zu wählen. Dieser Modus giebt Jedem sein Recht, wahrt die Souveränetät der Section (resp. Versammlung) und beugt jeder berechtigten individuellen Unzufriedenheit vor". Ob freilich „jeder berechtigten individuellen Unzufriedenheit" durch die Befolgung dieses Vorgehens vorgebeugt werden wird, möchte ich nicht länger mit Bestimmheit behaupten. Wird nur „je ein Repräsentant" der vertretenen Culturländer zum Ehrenpräsidenten gewählt, so ist es, wie ich schon oben angedeutet habe, natürlich, dass jederzeit der älteste, resp. in der officiellen Hierarchie

*) Nicht zu übersehen ist übrigens auch, dass durch die Befolgung des in Wien befolgten Modus von dem Congresse selbst unabsichtlich ein ganz falscher Eindruck in den Vaterländern der so zufällig zu der Auszeichnung der Ehrenpräsidentur Gelangten geschaffen wird. Das Publicum in diesen Ländern und die Aerzte derselben können kaum wissen, dass die Auszeichnung nicht der Person, sondern dem Lande galt, und so mag jemand mit einem Nimbus nach Hause kommen, zu dessen Erreichung er weiter nichts gethan hat, als einen Congress zu besuchen! —



am höchsten stehende Repräsentant des betreffenden Landes zu dieser Ehre ausersehen wird, und es wäre jüngeren, wissenschaftlich gleich hoch oder sogar höher stehenden Repräsentanten desselben Landes nicht zu verdenken, wenn sie bei steter Wiederholung dieses Vorganges schliesslich unmuthig darüber würden, dass ihnen eine Ehre versagt bleibt, auf die sie durch ihre Leistungen einen moralischen Anspruch haben. Wird dies aber von der Versammlung selbst empfunden und werden, um nicht den verdienten Senior zu kränken, zwei oder selbst mehrere Repräsentanten eines und desselben Landes zu Ehrenpräsidenten erwählt, während die Repräsentation anderer Länder dementsprechend eingeschränkt wird, so ist vorauszusehen, dass dies zu Unzufriedenheit unter den Angehörigen derselben führen wird. Kurz — in allgemein befriedigender Weise scheint die Frage auf diesem Wege kaum zu lösen.

Aber ist es denn nothwendig oder selbst nur wünschenswerth, das Institut der Ehrenpräsidenten überhaupt beizubehalten? — Je mehr ich über diese Frage nachdenke, um so weniger scheint mir dies erforderlich. Ich habe es immer als eine Anomalie empfunden, dass der Präsident eines Congresses oder einer Section, der mit dem Generalsecretär zusammen Jahre hindurch die Hauptlast der Mühen der Vorbereitung zu tragen gehabt hat, der besser als irgend ein anderer weiss, wieviel Arbeit während der Dauer des Congresses zu leisten ist, und der demgemäss die Thätigkeit der Versammlung sowie die Länge der einzelnen Discussionen am besten zu reguliren im Stande ist, im Augenblick des Beginens der eigentlichen Verhandlungen, nur um einer internationalen Höflichkeit zu genügen, für Collegen Raum zu machen hat, die nicht das Geringste von dem Geschäftsgang wissen und nicht selten nicht sprachkundig genug sind, um erforderlichen Falles thatkräftig in eine dreisprachige Discussion einzugreifen! —

Die natürlichste Lösung der Frage scheint mir die, dass der durch das Vertrauen seiner eigenen Landsleute auf seinen Posten berufene Präsident des Congresses thatsächlich den Vorsitz bei den Verhandlungen führt, und dass im Falle seiner gelegentlichen Verhinderung die Versammlung für jede solche Sitzung einen stellvertretenden Präsidenten ohne Rücksicht auf Nationalität und auf Anciennität erwählt. Auf diese Weise wird ihr die Gelegenheit geboten, individuelles Verdienst international zu ehren, und dies entspricht, wie mir scheint, am würdigsten dem Geiste internationaler Zusammenkünfte! —

Felix Semon.

(Schluss folgt.)

II. Referate.

a. Aeusserer Hals, obere Luftwege.

1) **J. A. Hammar. Ueber die Natur der kleinen Thymuszellen.** *Arch. f. An. (u. Phys.). H. 3/4. S. 83. 1907.*

Die Thymuslymphocyten gleichen den Blutlymphocyten darin, dass sie ein basophiles Protoplasma besitzen. Die Thymuslymphocyten besitzen amöboide Beweglichkeit. Dieselbe ungemeine Empfindlichkeit den Röntgenstrahlen gegenüber, die die sonstigen Lymphocyten des Körpers auszeichnet, kommt auch den Thymuslymphocyten zu. Auch wenn die Lymphocyten der Thymus durch Röntgenbestrahlung zerstört werden, tritt eine Randschicht hervor, bezw. nimmt das Organ ein epitheliales Gefüge an: Die Epithelzellen sind also nicht durch Umwandlung der Lymphocyten („der kleinen Thymuszellen") gebildet, sondern sind lediglich durch Rareficirung der Lymphocyten blossgelegte Reticulumzellen.

I. KATZENSTEIN.

2) **D. N. Platon** und **A. Goodall. Die Wirkung der gleichzeitigen Entfernung von Thymus und Milz bei jungen Meerschweinchen. (The effect of simultaneous removal of thymus and spleen in young-Guinea-pigs.)** *Proc. R. Soc. Edinburgh. Vol. 25. p. 389.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

I. KATZENSTEIN.

3) **Carl Hart** (Schöneberg-Berlin). **Ueber Thymuspersistenz und apoplectiformen Thymustod nebst Bemerkungen über die Beziehungen der Thymuspersistenz zur Basedow'schen Krankheit.** *Münch. med. Wochenschr. No. 13 u. 14. 1908.*

Bezugnehmend auf zwei selbst beobachtete Fälle von Thymustod bei einem 2jährigen Kinde und einem 29jährigen Manne mit persistirender Thymus bespricht Autor die einschlägige Litteratur und die verschiedenen Theorien zur Erklärung des Thymustodes. Er lässt die Compressionstheorie nur mit gewissen Einschränkungen gelten und neigt — namentlich bei Erwachsenen — mehr der Anschauung Svehla's zu, nach der „die vergrösserte Thymus eine gesteigerte und pathologisch veränderte Function ausübe und durch Störung innerer Secretionsvorgänge zum plötzlichen Tod durch Autointoxication führe." Hart weist ferner auf die relative Häufigkeit von persistirender, hyperplast. Thymus bei Basedowkranken hin, insbesondere bei Herztod Basedowkranker, und verbreitet sich in spekulativen Erörterungen eingehend über die Wechselbeziehungen zwischen Thymus und Schilddrüse, sowie über die pathologischen Folgeerscheinungen, die bisweilen zu einem apoplectiformen Exitus führen. Da diese Erörterungen sich zu kurzem Referat nicht eignen, muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

4) **Nannotti. Entwickelungsanomalien im Gebiete der Kiemenspalten mit Persistenz von Thymusläppchen. (Anomalie di sviluppo nel campo delle fessure branchiali con persistenza di lobuli timici.)** *Sperimentale. II. p. 298. 1906.*

Bei einem mehrere Monate alten Kind fanden sich: Hasenscharte, Deformation beider äusseren Ohren, ferner zwei rothe drüsenähnliche Wucherungen in der seit-

lichen Halsregion im Niveau des Zungenbeins; diese Wucherungen secernirten eine schleimige Flüssigkeit. Nachdem sie abgetragen waren, fand man in ihnen Knötchen von der charakteristischen histologischen Structur der Thymus. Verf. schliesst daran Betrachtungen über die Entstehung der Kiemengangfisteln und Cysten.

FINDER.

5) **Nieddu Semidei. Lymphadenitis cervicalis pharyngealen Ursprungs. (Linfeadeniti cervicali d'origine faringea.)** *Bollett. delle malattie dell'orecchio etc. Januar 1908.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die Arbeiten, denen wir die Kenntnisse über die von den Gaumentonsillen und der Rachenmandel zu den Halsdrüsen führenden Lymphwege verdanken (Wood, Chierici, Grober). Er bespricht dann besonders die acuten Drüsenentzündungen, deren Symptomenbild wir als Pfeiffersches „Drüsenfieber" kennen. Verf. hat im Gegensatz zu den übrigen Autoren diese Krankheit auch bei Erwachsenen beobachtet und zwar erreichte in diesen Fällen die primäre Lokalisation der Infection — meist handelte es sich um Streptokokken — in der Rachentonsille deutliche Symptome; auch gelang es postrhinoskopisch, die Eiterung der Tonsille nachzuweisen. Zum Schluss werden die Complicationen, unter denen als wichtigste secundäre Complication die Tuberculose gerechnet werden muss, besprochen. Bei der Behandlung der Lymphoadenitis hat sich dem Verf. am wirksamsten die Röntgenbehandlung erwiesen.

FINDER.

6) **P. Fredet. Branchiales Epitheliom des Halses. (Epitheliome branchial du cou.)** *Soc. anat. de Paris. 21. Februar 1908.*

7) **Labey. Branchial-Epitheliom des Halses. (Epitheliome branchial du cou.)** *Ibidem.*

8) **P. Duval** und **M. Chevassu. Branchial-Epitheliom des Halses. (Epitheliome branchial du cou.)** *Ibidem.*

Fredet entfernte ein Epitheliom, das das sternale Ende des Sternocleidomastoideus einnahm, der Parotis und Schilddrüse adhärirte. Er musste die Carotis interna und externa unterbinden, sowie die Carotis communis und die Jugularis, ein Stück des Pneumogastricus und der Schilddrüse reseciren. Pat. starb am 4. Tage nach der Operation unter cerebralen Erscheinungen infolge der Ligatur der Carotis. Der Tumor war ein lappiges Epitheliom.

Im Fall von Labey musste die Resection der V. jugularis interna gemacht werden; es handelte sich um ein Epitheliom vom Typus des Rete Malpighi.

Im dritten Fall war ebenfalls die Resection und Ligatur der Carotis communis, der A. spinalis, der Parotis und der Submaxillaris ausgeführt. Pat. erlitt 18 Stunden nach der Operation eine Hemiplegie, die 16 Stunden später zum Exitus führte. Es handelte sich um einen Plattenepithelkrebs.

A. CARTAZ.

9) **Ferraton. Pseudo-Adenophlegmone der Submaxillardrüse. (Faux adenophlegmon sous-maxillaire.)** *Société de médecine militaire française. März 1908.*

Unter obigem Namen bezeichnet Verf. die Anschwellung der Submaxillardrüse infolge endzündlichen Verschlusses des Wharton'schen Ganges, die häufig

als Adeno-Phlegmone imponirt. Die Einseitigkeit der Affection, der Nachweis eines harten Stranges auf dem Mundboden, der dem obstruirten Gang entspricht, die schnelle Heilung nach Massage oder auch einfach Ausspülungen der Mundhöhle erleichtern die Diagnose. GONTIER de la ROCHE.

10) **J. C. Oliver. Bericht über einen Fall von inoperablem Sarkom des äusseren Halses, erfolgreich mit Coley'schem Toxin behandelt. (Report of a case of inoperable sarcoma of the neck treated successfully with Coley's toxines.)** *Lancet-Clinic. 11. Januar 1908.*

Verf. spricht die Ansicht aus, dass 10 pCt. der inoperablen Fälle durch die Anwendung von Coley's Serum gerettet werden könnten. EMIL MAYER.

11) **H. Caboche** (Paris). **Rolle der Nasenschleimhaut in der Pathogenie des Gesichtslupus. (Rôle de la muqueuse pituitaire dans la pathogenie du lupus de la face.)** *Presse médicale. 27. September 1907.*

Der Gesichtslupus ist immer nasalen Ursprungs. Nur sehr ausnahmsweise kann man eine directe Erkrankung der Haut annehmen. Am häufigsten bestehen vorher oder gleichzeitig in der Nase Läsionen specifischer oder zweifelhafter Natur, insofern Verf. auch die Rhinitis atrophicans als tuberculös anspricht.

Die Ausbreitung der Erkrankung geschieht auf dem Lymphwege bis zu den Drüsen, die mit der Nasenschleimhaut zusammenhängen. Das würde die gewöhnliche Topographie der an den Drüsenpunkten auftretenden Lupusknötchen erklären. GONTIER DE LA ROCHE.

12) **Richez. Die Behandlung des Lupus mit Röntgenstrahlen. (Du traitement du lupus par la radiothérapie.)** *Dissert. Lille 1905.*

R. behandelte 20 Lupusfälle, die sich hauptsächlich auf Nase und Wange localisirten, mit Röntgenstrahlen und constatirte 2 mal vollständige Heilung; die übrigen Fälle stehen noch in Behandlung und zeigen Besserung. OPPIKOFER.

13) **J. Poras** (Czernowitz). **Ein Fall von primärem Lupus der Schleimhäute.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 525. 1907.*

Verfasser beschreibt einen Fall von Lupus der Schleimhäute bei sonst gesundem 13jährigen Mädchen. Es handelt sich um die Schleimhäute der Nase, des Rachens und des Kehlkopfeingangs und zwar um Bildung kleiner knötchenartiger Efflorescenzen und grösserer solider Infiltrate; später traten einzelne kleine Geschwürchen (Nase) und grössere, confluirende, seichte Geschwüre (rechter Aryknorpel) sowie derbe Narbenstränge mit frischer Infiltration hinzu. In den mikroskopischen Präparaten fanden sich keine Tuberkelbazillen, wohl aber Riesenzellen. Unter Currettage und Milchsäurebehandlung trat Heilung ein.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

14) **F. Siebenmann** (Basel). **Lupus pernio der oberen Luftwege.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 177. 1907.*

Unter den von einer Allgemeinerkrankung des Organismus abhängigen Affectionen der Nase, des Pharynx und des Larynx wird zum ersten Male vom Verf. der Lupus pernio beschrieben. Derselbe gehört nach Ansicht des Verf.

sehr wahrscheinlich zu den tuberculösen Erkrankungen; er muss aber trotz seiner histologischen Aehnlichkeit mit milder, nicht zur Nekrose neigender Form der Tuberculose zu den sog. Tuberculiden gezählt werden, da Tuberkelbazillen bisher auf keine Art nachgewiesen werden konnten und die Tuberculinreaction in der Regel negativ ausfällt. — Die Affection charakterisirt sich durch das Auftreten von umschriebenen oder offenen, sich allmählich ausdehnenden und sich später blauroth färbenden, tumorartigen, derben, schmerzlosen Infiltraten der Haut und zwar der Cutis in den tieferen Lagen und der Subcutis. In der Regel geht die Affection vom Gesicht, Nase — Ohr, ausnahmsweise auch von den Händen aus, symmetrisch und gleichzeitig sich einstellende, mild verlaufende Knochen- und Gelenkerkrankungen der Hände fehlen selten und oft erscheinen im weiteren Verlauf am Stamm oder Extremitäten strang- oder kettenförmig angeordnete Knötchen, die ursprünglich in der Subcutis liegen, später aber in die tiefen Hautschichten wachsen. Allmählich wird meist das ganze Gesicht ergriffen, enorm verdickt und gerötet. Es sind Fälle von spontaner Heilung der ganzen Affection beobachtet worden; partielle Involutionen einzelner Knoten und die Knochenaffectionen gehören zur Regel. Die Patienten werden durch das Leiden wenig belästigt. In einzelnen Fällen erstreckt sich die Beobachtung auf mehr als 10 Jahre. Es handelt sich meist um Erwachsene männlichen Geschlechts. Während die wenigen ausführlichen Beobachtungen meist ausdrücklich betonen, dass die Nasenschleimhaut dabei intact bleibe, bringt Verf. Beschreibung und Abbildungen eines Falles, bei welchem Mundschleimhaut, Nase, Rachen und Kehlkopf in typischer Weise an der Erkrankung sich betheiligen. — Aus der ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichte ist besonders hervorzuheben:

1. Die aussergewöhnlich starke Entwickelung des Prozesses im Gesicht mit der auffallend hochgradigen ödemartigen Infiltrirung der Augenlider.

2. Die gewaltige Ausbreitung über Stamm und Extremitäten in Form von einfachen oder gefässähnlich sich verästelnden cutan — subcutan liegenden Tumorketten.

3. Das Fehlen von oberflächlichem Zerfall der Haut.

4. Die knorpelharte Consistenz der Tumoren.

5. Das Verschontbleiben von Ober- und Unterlippe ähnlich wie beim Gesichtserysipel.

6. Die vorübergehende locale Involution sämmtlicher Knoten infolge einer Streptokokkeninfection und eines Gesichtserysipel's mit nachfolgendem Wiederauftreten des Prozesses in früherer Form und Stärke.

7. Die Haut- und Schleimhautprocesse traten fast gleichzeitig auf.

8. Das makroskopische Bild der cutan - subcutanen Hauttumoren stimmt durchaus überein mit dem der mucös-submucös liegenden Schleimhautinfiltrate.

9. Alle Volumschwankungen der Tumoren bis zu gänzlichem Verschwinden und später Zurückfallen in den alten Zustand traten auf Körperoberfläche und Schleimhäuten hervor.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

15) **Dorendorf** (Freiburg i. B.). **Ueber die äussere Untersuchung der oberen Luftwege.** *Med. Klinik. 13. 1908.*

In einem Vortrage bespricht Dorendorf eine Reihe von Krankheitszeichen,

die Fingerzeige für die Diagnose geben können, lediglich durch die äussere Besichtigung des Kranken, durch die Betastung, durch die Beachtung gewisser Abweichungen seiner Stimme, seiner Sprache, seines Hustens. SEIFERT.

16) **O. Chiari** (Wien). **Die Bedeutung der histologischen Untersuchung für die Diagnose des Carcinoms der oberen Luftwege.** *Festschrift für Prof. Dr. Hans Chiari. Wien 1908.*

Es wird die histologische Untersuchung eines exstirpirten Stückchens als nothwendiger Behelf der Diagnose in den meisten Fällen angerathen, weil diese Probeexstirpation ohne Schaden für den Patienten ist, wenn die radicale Operation sofort nach der histologischen Untersuchung vorgenommen wird.

Der Uebergang einer gutartigen Neubildung durch eine Probeexstirpation in eine bösartige ist bis jetzt nicht erwiesen (vergl. S. 12 Felix Semon's Sammelforschung 1899).

Der positive Ausfall der histologischen Untersuchung ist beweiskräftig, wenn der Histologe verlässlich ist und das exstirpirte Stück tief genug reicht. Endlich ist die histologische Untersuchung ein Schutz für den Ruf des Operateurs, da die zur radicalen Ausrottung der Krebse in den oberen Luftwegen nöthigen Operationen oft lebensgefährlich sind.

In der Casuistik wird ein Fall von gutartigen Papillomen des Kehlkopfs beschrieben, welche erst nach 6 Jahren in Krebs übergingen.

Ein Fall von Geschwür mit Wucherungen in der Epiglottis, welches ähnlich wie Krebs aussah, wurde von einem jungen Assistenten als Krebs erklärt. Chiari fand in den Präparaten nur Pachydermie und schloss auch aus dem Auftreten eines anderen isolirten Herdes im Kehlkopfe Krebs aus. Antisyphilitische Allgemeinbehandlung brachte prompte Heilung.

2 weitere Fälle zeigen, dass langsam verlaufende Krebse des Kehlkopfs erst 4 resp. 6 Jahre nach Beginn des Leidens histologisch diagnosticirt werden konnten.

Den Schluss bildet ein Fall von Geschwür des Zungengrundes, welches nach antisyphilitischer Behandlung theilweise heilte, bald aber histologisch als Carcinom erkannt wurde. CHIARI.

17) **J. E. Mac Kenty. Trichinose der oberen Respirationswege nebst Bericht von Fällen. (Trichinosis of the upper respiratory passages with report of cases.)** *American Medicine. Februar 1908.*

Die Diagnose ist in sporadischen Fällen sehr schwierig; sie beruht auf der multiplen Myositis, Gesichtsödem, besonders an den Augenlidern, in schweren Fällen typhöser Zustand, Eosinophilie und Leukocytose, vor allem auf dem Nachweis von Trichinen in den Muskeln. In zwei der mitgetheilten Fälle war das Oedem so hart, dass infolge Asphyxie das Leben bedroht wurde. EMIL MAYER.

18) **George Bacon Wood. Die Aetiologie der Tuberculose der oberen Luftwege. (The etiology of tuberculosis of the upper respiratory tract.)** *The Laryngoscope. December 1907.*

Verf. bespricht die Rolle, die den Tonsillen als Eintrittspforten für In-

fectionen zukommt. Bei den Tonsillen mehr als irgendwo sonst im Organismus hängt die Invasion der Keime nicht so von dem mechanischen Hindernis von seiten des Gewebes als von der relativen Virulenz des Keimes ab. Weil der Streptococcus die Tonsille inficiren kann, folgt darum noch nicht, dass auch der Tuberkelbacillus dies könne. Aus seinen Untersuchungen von Tonsillen, die von an Lungenphthise gestorbenen Personen herrührten, folgert Verf., dass die hyperplastischen Tonsillen resistenter gegen die tuberculöse Infection seien als die kleinen, in denen nur wenig lymphatisches Gewebe ist, jedoch bezeichnet er selbst seine Beobachtungen als zu unzulänglich, als dass man allgemeine Schlüsse daraus ziehen könnte.

EMIL MAYER.

19) **Sendziak** (Warschau). **Ueber den Zusammenhang von Störungen in den oberen Luftwegen mit Krankheiten des Urogenitalapparates.** *Med. Klinik. 9. 1908.*

Zusammenstellung aller in der Litteratur niedergelegten Beobachtungen, ohne wesentlich Neues zu bringen.

SEIFERT.

20) **Wilh. Plönier** (Wiesbaden). **Die Reizerscheinungen des Kehlkopfes und der Speiseröhre bei den Krankheiten des Magens.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 361.*

Verf. stellt seine einschlägigen Beobachtungen, die an einem sehr grossen Krankenmaterial gemacht sind, zusammen. Die Reizerscheinungen im Halse, wie Druck- oder Kugelgefühl, Brennen im Halse, Hustenkitzel, Gefühl von Schwellung im Halse, Kribbeln und Kratzen im Kehlkopf u. a. m., oder Erscheinungen gleichzeitig im Hals und in der Speiseröhre sind bei Magenkranken viel häufiger, als die nur auf die Speiseröhre beschränkten Reizerscheinungen.

F. KLEMPERER.

21) **A. Schoenemann** (Bern). **Casuistische Mittheilungen aus der Privatklinik.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 538.*

1. Gestieltes, baumnussgrosses Angioma simplex des weichen Gaumens: intermittirende Blutungen aus dem Munde; hochgradige Anämie. 2. Ulcus der mittleren Muschel bei Ozaena simplex, mit beginnender carcinomatöser Degeneration der Ulcusränder. 3. Schnell wachsendes Sarkom der rechten Tonsille im Beginn eine Diphtheria faucium vortäuschend. 4. Narbiges auf lupöser Grundlage entstandenes Diaphragma zwischen Pharynx und Epipharynx. Stenose des Aditus laryngis durch narbige Contracturen.

F. KLEMPERER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

22) **H. Liebmann. Das Rhinophym und seine chirurgische Behandlung.** *Dissert. Leipzig 1906.*

Vorerst wird an Hand der Litteratur das Wesentliche über das Rhinophym im Allgemeinen und seine operative Behandlung im Besonderen erwähnt. Dann folgen die Krankengeschichten zweier von Professor Braun operirter Fälle. Die Anwendung der Localanästhesie mit Cocainsuprareninlösungen erweist sich bei den Rhinophymaoperationen geradezu als unentbehrlich, indem sie einerseits die

erschwerte Allgemeinnarkose ersetzt, andererseits ein Operiren fast ohne Blutung gestattet.

OPPIKOFER.

23) **Fabry** (Dortmund). **Zur operativen Behandlung des Rhinophyma.** *Dermat. Zeitschr. XV. Bd. 5. H. 1908.*

Ausser den 8 in der Dissertation von Pottgiesser (s. d. Blatt 1901, S. 6) mitgetheilten Fällen, deren Krankengeschichten Fabry kurz mitttheilt, kommen noch 4 weitere, bisher nicht publicirte Fälle, welche den guten Erfolg der von ihm eingeleiteten Behandlung erweisen, die im Wesentlichen in der Abtragung der Protuberanzen mit dem Skalpell besteht. Nachbehandlung mit Salicylquecksilberpflaster mehrere Tage hindurch.

SEIFERT.

24) **W. Manuel. Ein Fall von Haemangioendothelioma perivasculare nasi.** *Dissert. Würzburg 1906.*

Nach einem Ueberblick über die malignen Tumoren der Nase kommt M. an Hand der vorhandenen Litteratur eingehend auf die Endotheliome zu sprechen und fügt dann seine eigene Beobachtung hinzu. Das wahrscheinlich vom Septum ausgehende Endotheliom war bei der 49j. Frau bereits so vorgerückt, dass der operative Eingriff von aussen vorgenommen wurde. Die Stirnhöhlen und die Siebbeinzellen erwiesen sich bei der Operation als gesund. $2^1/_2$ Monate nach der Operation kein Recidiv; über den spätern Verlauf fehlen Angaben.

OPPIKOFER.

25) **Hasslauer** (München). **Der Bakteriengehalt der Nase bei den Infectionskrankheiten, mit besonderer Berücksichtigung der Meningitis cerebrospinalis epidemica.** *Centralbl. f. Bakter. XLI. Bd. 6. H. 1906.*

Die Mehrzahl der mit dem Einathmungsluftstrom in die Nase gelangten Krankheitserreger wurde in den vorderen Abschnitten der Nase aufgehalten, während der Bakteriengehalt in den hinteren Abschnitten ein verhältnissmässig geringer war. Ein specifischer Erreger der genuinen wie secundären Rhinitis konnte nicht gefunden werden. Der Meningococcus findet sich nur bei Genickstarrekranken oder Gesunden aus nächster Nähe des Erkrankten, nicht aber bei Gesunden, die mit Erkrankten nicht zusammengekommen waren. Daraus geht hervor, dass der Meningococcus nur direkt von Mensch zu Mensch übertragbar ist und dass die Nase und der Mund die Eintrittspforte der Krankheitserreger sind.

SEIFERT.

26) **E. Klein. Ueber das Verkommen von Schweineseuchebakterien und diesen ähnlichen Bakterien in der Nasenhöhle des Schweines.** *Dissert. Giessen 1906.*

Im Nasenschleim von gesunden Schweinen aus durch Schweineseuche verseuchten und angeblich nicht verseuchten Beständen kommen Bacterien vor, die nach ihren morphologischen und biologischen Merkmalen als zur Gruppe der Bacterien der hämorrhagischen Septikämie gehörig gerechnet werden müssen. Diese im Nasenschleim gesunder Schweine nachweisbaren Bacterien zeigen gegenüber den Versuchsthieren des Laboratoriums eine schwankende Virulenz und werden weder nach einmaliger noch mehrmaliger Passage durch kleine Versuchsthiere für Schweine virulent. Diese Bacterien können deshalb, übereinstimmend mit den Resultaten von Beck und Koske, als eine für Schweine avirulente Art der

zur Gruppe der Bacterien der hämorrhagischen Septikämie gehörigen Mikroorganismen angesehen werden. OPPIKOFER.

27) **Jonathan Wright. Ein nasales Sporozoon (Rhinosporidium Kinealyi). (A nasal sporozoon.)** *N. Y. Medical Journal. 21. December 1907.*

Es werden zwei Fälle angeführt. In dem Fall von Ellelt war die Geschwulst eine bewegliche papillomatöse Masse; Kinealy beschreibt „einen kleinen gefässreichen gestielten Tumor von der Grösse und Form einer Erbse, der in das Vestibulum der linken Nasenhöhle hineinragte. Er war frei beweglich, schmerzlos, vom Aussehen eines Papilloms und haftete mittels eines kurzen Stiels auf der Schleimhaut". Die pathologische Untersuchung in Ellelt's Fall ergab eine Protozoenerkrankung. Wright konnte bei der Prüfung der Präparate nur feststellen, dass der Organismus wahrscheinlich zu den Sporozoen gehört. Auf Grund unserer seitdem mächtig geförderten Kenntnisse von den Protozoen glaubt W. jetzt, dass es sich in den Fällen von Kinealy, Muichui, Fauthamm und Bealtic um denselben Microorganismus gehandelt habe, der bisher nur in Indien beobachtet wurde; in den 4 oder 5 mitgetheilten Fällen handelte es sich stets um Eingeborene des kleinen Staates Cochin an der Westküste.

In allen Fällen fand sich der Microorganismus im Granulationsgewebe nahe dem Vestibulum nasi, was die Vermuthung nahe legt, dass die Infection durch den Fingernagel geschehen sei. Das Gewebe ist mit kleinen weissen Pünktchen besät; bei schwacher Vergrösserung sieht man, dass es kleine kuglige, in das Granulationsgewebe eingebettete Cysten sind. LEFFERTS.

28) **S. Levy. Ueber die Veränderungen der Nasenschleimhaut infolge von Reizwirkung. (Des modifications de la muqueuse nasale à la suite d'irritations.)** *Dissert. Nancy 1906.*

Auf die Nasenschleimhaut von 12 Meerschweinchen liess L. reizende Substanzen wie Jodtinktur, Terpentin, Ammoniaklösung, Formol, Menthol einwirken. Er constatirte bei der nun folgenden mikroskopischen Untersuchung mehr oder weniger schwere katarrhalische Veränderungen des Epithels bis zur vollständigen Zerstörung desselben.

3 Meerschweinchen, deren Nasenschleimhaut in derselben Weise experimentell geschädigt wurde, liess L. noch mehrere Wochen am Leben. Bei der darauf folgenden histologischen Untersuchung war das Epithel zum grössten Theil regenerirt. OPPIKOFER.

29) **Enrico Mengotti** (Venedig). **Ueber einen typischen Fall von Asthma nasale. (Di un caso tipico di asma di origine nasale.)** *Archiv. Italiano di Otologia etc. II. 1908.*

41 jähriger Mann, der an Stirnkopfschmerz und Coryza leidet; seit einem Jahr fortschreitende Nasenverstopfung, Fremdkörpergefühl im Halse. Seit einem Jahre bestehen ferner Anfälle von Athemnot, die besonders Nachts auftreten, ihn zwingen, im Bett aufzusitzen. Es finden sich in beiden Nasenhöhlen Polypen, nach deren Entfernung Pat. keine Asthmaanfälle mehr bekommt; er ist jetzt seit 6 Monaten geheilt. FINDER.

30) **H. Bourgeois** (Paris). **Nasaler Reflexhusten. (Toux nasale reflexe.)** *Progrès médical. 14. März 1908.*

Ein trockener rebellischer Husten trat bei einem robusten Mann auf. Nasenathmung gut; Auscultation ergiebt normalen Befund. Der Anfall kommt unter bestimmten Bedingungen: Durchgang durch ein erwärmtes Zimmer, Niederlegen etc.

Die Sondenuntersuchung ergiebt, dass es sich um einen Reflexhusten handelt, bedingt durch momentanes Aneinanderlegen der unteren Muschel und des Septums.

GONTIER de la ROCHE.

31) **Valentin. Ein Fall von nasaler Hydrorrhoe durch Elektrolyse geheilt. (Un cas d'hydrorrhée nasale guéri par electrolyse.)** *Nord médical. 21. Januar 1906.*

Die bei einer Frau im klimacterischen Alter aufgetretene Hydrorrhoe, die jeder Behandlung getrotzt hatte, heilte prompt auf Anwendung der Electrolyse.

A. CARTAZ.

32) **D. Braden Kyle. Chemismus des Speichels in Beziehung zum Heufieber. (Chemistry of saliva in relation to hay fever.)** *Journal of the American Medical Association. 3. August 1907.*

Verf. hat in 60 pCt. der Fälle nachweisen können, dass die locale Irritation in erster Linie bedingt wird durch eine Veränderung des Chemismus und der Resistenz der Secretion. Er theilt die 60 pCt. der Fälle folgendermassen ein:

1) Die Klasse, bei der die Secrete, wenn sie an der Oberfläche erscheinen, nicht reizend sind, jedoch eine chemische Umwandlung eingehen und Irritation hervorrufen.

2) Fälle, bei denen das Secret, wenn es an die Oberfläche gelangt, irritirend wirkt, ohne dass es eine chemische Umwandlung erleidet.

3) Wenn das Secret an die Oberfläche gelangt, so kommt es in Contact mit gewissem von aussen herbeigeführtem Material; bestimmte Secrete produciren beim Contact mit bestimmtem Material eine irritirende Substanz, daher der Ausdruck Rosenschnupfen, Heufieber etc.

Fälle mit Obstruction der Nase leiden gewöhnlich an einer schwereren Form. Excessive Alkalescenz hat grössere Irritation zur Folge, als excessive Acidität. Verf. berichtet über einen Fall, in dem excessive Mengen Sulfocyanid in dem Secret nachweisbar waren. Mit der Besserung des Allgemeinzustandes verschwand auch das Sulphocyanid und damit auch das Heufieber. EMIL MAYER.

33) **Jacob E. Schadle. Die Highmorshöhle als ätiologischer Factor beim Zustandekommen des (sogenannten) Heufiebers. (The antrum of Highmore as an etiological factor in the production of hay fever [so-called].)** *N. Y. Medical Record. 25. Mai 1907.*

Verf. hat in der Zeit von 1904—1906 im Ganzen 91 Patienten mit Heufieber behandelt und dabei der Highmorshöhle besondere Aufmerksamkeit geschenkt. In einem Falle wurde der Patient ohne jeden Erfolg mit Dunbar'schem Serum behandelt; die Behandlung der Highmorshöhle hatte den Erfolg, dass nach 24 Stunden das Asthma verschwand; auf einer Geschäftsreise während der Heu-

fiebersaison 1906 erkrankte Patient wieder und wieder wurde ohne Erfolg die Serumbehandlung versucht, bis bei der Heimkehr durch Behandlung der Highmorshöhle wieder Heilung erzielt wurde. In Fällen, in denen ungewöhnlich entwickelte abnorme Mündungen der Highmorshöhle vorwiegen, waren die Resultate der Behandlung prompter und zufriedenstellender, als in solchen, wo Mündungen von abnormer Dimension weniger vorhanden waren, indem im ersten Fall die Einbringung von Instrumenten und Medicamenten leichter, im letzteren erschwert war.

Es wurde auch beobachtet, dass „Rosenschnupfen“ oder „Heufieber“, die seit einer oder zwei Saisons auftraten, der Behandlung leichter zugänglich waren, als Fälle, die schon seit vielen Jahren bestanden. Verf. führt dies darauf zurück, dass in den ersteren Fällen die Antrumschleimhaut noch keine tiefgehenden Veränderungen eingegangen war.

Bei 12 von den behandelten Patienten liessen die Erscheinungen nach $2^1/_2$ Wochen nach, während sie in früheren Jahren 6—8 Wochen lang gelitten hatten, bei allen übrigen verschwanden die Symptome in 8—10 Tagen. Die ersten Erscheinungen, die verschwinden, sind das Brennen und die anderen Störungen seitens des Auges, das Jucken in Hals und Ohren, schliesslich der Schnupfen und Ausfluss, zuletzt das Asthma und der Husten. LEFFERTS.

34) **Hürlimann. Behandlung des Heufiebers. (Treatment of hay fever.)** *N. Y. Medical Record. 25. Januar 1908.*

Während des Intervalls kann die Behandlung darin bestehen, dass die sensiblen Punkte in der Nase zerstört werden und da in vielen Fällen eine Form von chronischer Neurose besteht, so können Mittel zur Stärkung des Nervensystems angewandt werden. Während des Anfalles soll Pat. ein anderes Klima aufsuchen oder, falls dies nicht ausführbar, Palliativmittel anwenden. Das neueste Mittel ist trockene, heisse Luft; Verf. beschreibt eine Vorrichtung, mittels deren dem Pat. eine solche durch electrische Lampen heissgemachte Luft zugeführt wird. Pat. wird angehalten, durch die Nase zu inspiriren und durch den Mund zu expiriren.

LEFFERTS.

35) **Albrecht** (Halle). **Immunisirung gegen Heufieber durch Antitoxin und die beim Gebrauche des letzteren beobachteten Fälle von Anaphylaxie.** *Medic. Klinik. 18. 1908.*

Das Auftreten einer Ueberempfindlichkeit bei Pollantinverwendung und die Möglichkeit, mit vielfach verdünntem Pollantin fernerhin auszukommen, dürfte als prognostisch günstig und als Zeichen der beginnenden Heilung aufzufassen sein.

SEIFERT.

36) **Raugé. Einfluss des Höhenklimas auf den Heuschnupfen. (Influence de l'altitude sur le rhume des foins.)** *Congress f. Klimatotherapie und Städtehygiene Biarritz. April 1908.*

Verf. hat in einem Fall beobachten können, dass bei einer im vollsten Anfall unternommenen Reise die Erscheinungen nachliessen, sobald der Patient über

eine Höhe von 1000 m hinauskam, dass sie aber sofort in brüsker Weise wieder einsetzten, sobald der Patient auf 400—500 m hinabstieg.

Verf. ist geneigt, den Hauptgrund für diese Erscheinung in der Verschiedenheit der Vegetation in den verschiedenen Höhenlagen zu sehen: im Mai und Juni ist die Hauptzeit für die Grasblüthe in der Ebene, während zu dieser Zeit auf den Höhen die Gräser noch nicht blühen.

Verf. rät also den Heufieberkranken, den Attacken dadurch aus dem Wege zu gehen, dass sie zur Zeit, wo diese zu erwarten sind, sich in Gegenden begeben, wo die Vegetation um 2 Monate voraus oder zurück ist. GONTIER de la ROCHE.

37) **J. Dorner. Ein Fall von Rhinosklerom.** *Dissert. Würzburg 1905.*

Nach einer Uebersicht über die Geschichte und den gegenwärtigen Stand der Kenntnisse des Rhinoscleroms beschreibt D. aus der Würzburger dermatologischen Klinik seine eigene Beobachtung, die schon dadurch Interesse hat, als bis heute kein Fall von Rhinosclerom in Süddeutschland in der Litteratur bekannt geworden ist. OPPIKOFER.

38) **Rydygier. Behandlung des Rhinoskleroms mittelst Röntgenstrahlen. (Leczenie twardzieli nosa za pomoca promieni Rentgena.)** *Lwowski Tygodnik Lekarski. No. 2. 1908.*

Verf. beschreibt 2 sehr interessante Fälle, erstens Sclerom der Nase mit fast völliger Obstruction des Nasenlumens und zweitens Sclerom des Rachens mit bedeutender Stenose, wobei methodisch durchgeführte Behandlung mit Röntgenstrahlen einen ausgezeichneten Erfolg hatte. Im ersten Falle hat die Nasenhärte beträchtlich abgenommen, im zweiten Falle wurden die Kehlkopfinfiltrate bedeutend geringer und die stenotisehen Erscheinungen hörten fast gänzlich auf soweit, dass die Tracheotomiecanüle entfernt werden konnte. Die Stimme war klar und deutlich. Verf. räth sehr, in dieser schwierigen, hartnäckigen Krankheit diese Methode weiterhin anzuwenden. A. v. SOKOLOWSKI.

39) **Glas. Beiträge zur Pathologie der Nasenchondrome.** (Wiener Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 46. 1907.*

Beschreibung zweier solch seltener Fälle von Nasenchondromen. Die klinischen Beobachtungen sowie die histologischen Befunde lassen auf embryonale Anlage schliessen und reihen diese Tumoren somit quoad prognosim den malignen Geschwülsten der Nase an. HANSZEL-CHIARI.

40) **Ernst Althoff** (Strassburg). **Ueber Endotheliome der inneren Nase und der Nebenhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 220.*

Verf. ergänzt die bisherige spärliche Litteratur von 19 Fällen um weitere 3 eigene Fälle, deren genaue Krankengeschichten und histologischen Befunde wiedergegeben werden. Wie schon von Volkmann für die Mehrzahl der Fälle festgestellt, gehen auch diese 3 Tumoren von den Lymphgefässen bzw. Saftspalten aus und zeigen den für Endotheliome charakteristischen netzförmigen, plexiformen Bau. Die beiden ersten Fälle bestanden erst 4 Wochen resp. 2 Monate und waren bereits so stark entwickelt, dass die vorgenommene Operation die Tumormassen

nicht mehr entfernen konnte. Beide Patienten kamen zum Exitus. Im 3. Falle bestand der Tumor schon 3 Jahre. Anfangs machte er nur wenig Beschwerden; 11 Jahre nach dem ersten Auftreten wurde Pat. wegen desselben am linken Auge operirt. Danach soll er schneller gewachsen sein, sodass schliesslich das linke Auge nicht mehr geöffnet werden konnte und die Nase völlig verlegt war. Nach Probeexstirpation entzog sich P. der klinischen Behandlung und starb an dieser Krankheit einige Zeit später. Verf. glaubt an der Hand dieses Falles, der wohl durch Operation hätte gerettet werden können, in Uebereinstimmung mit Volkmann und Kirschner, nicht stets eine unbedingt üble Prognose beim Endotheliom stellen zu müssen, während Röpke 1904 auf der Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte die Prognose der Endotheliome trotz frühzeitiger Operation als schlecht bezeichnet. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

41) **Alfred Denker** (Erlangen). **Zur Operation der malignen Nasengeschwülste.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 455. 1907.*

Die genauen Operationsgeschichten zweier maligner Tumoren (Endotheliom und Carcinom) der Nase erläutern die Vorzüge der im Jahre 1906 vom Verf. in der Münch. med. Wochenschrift (No. 20) publicirten neuen Operationsmethode für die bösartigen Geschwülste der Nase. Im Fall 1 war die faciale Wand, der grösste Theil der medialen Wand und die hintere Parthie des knöchernen Bodens der Kieferhöhle nebst dem angrenzenden Theil des Alveolarfortsatzes in dem Tumor aufgegangen. In dem 2. Fall war die ganze innere Kieferhöhlenwand zerstört und die äussere Wand ausserordentlich verdünnt; ausserdem fanden sich bei beiden Pat. grössere Defecte am Kieferhöhlendach, an der medialen Wand der Orbita, sowie am Boden der vorderen Schädelgrube in der Gegend der Lamina cribrosa. Verf. weist darauf hin, dass sein Verfahren, in Bezug auf die breite Freilegung des Operationsgebietes die gleichen Vortheile bietet, wie die bisher geübten grossen Voroperationen. Als besonderen Vorzug seiner Methode hebt er hervor die geringere Gefahr der Aspirationspneumonie und besonders den Wegfall jeglicher Entstellung. Die Nachprüfung der Strassburger Ohrenklinik hat ebenfalls gute Resultate geliefert. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

42) **William C. Braislin. Nasensarkom. Tumor von der unteren Muschel ausgehend; nachträgliche Vergrösserung der subcutanen Drüsen am ganzen Körper. (Sarcoma of the nose. Tumor springing from the lower turbinate. Subsequent enlargement of subcutaneous glands of the entire body.)** *The Laryngoscope. August 1907.*

Der Titel enthält den Inhalt. EMIL MAYER.

43) **Morestin** (Paris). **Epitheliom des inneren Augenwinkels, das sich auf die Nasenhöhlen ausbreitet; Exstirpation mit Entfernung des Bulbus. Vollkommene Heilung seit 3 Jahren. (Epithélioma de l'angle interne de l'oeil propagé aux fosses nasales, exstirpation avec ablation de l'oeil. Guérison maintenue parfaite après 3 ans.)**

Der Titel besagt den Inhalt. GONTIER de la ROCHE.

44) **Richard H. Johnston. Cyste des Nasenrachens. (Cyste of the nasopharynx.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Es giebt zwei Arten von retropharyngealen Cysten: Die einen sind gewöhnlich klein und finden sich, von adenoidem Gewebe eingehüllt, am Dach des Nasenrachens; die anderen sind erheblich grösser und wichtiger, entspringen am Rachengewölbe oder den hinteren Enden der unteren Muscheln. Die erste Form ist verhältnissmässig häufig entsteht infolge Obliteration des Orificium externum der Bursa pharyngea unter dem Einfluss eines entzündlichen Processes; sie sind den Cysten der Gaumentonsillen analog. Die zweite Form nimmt ihren Ursprung von den seitlichen Residuen der Rachentonsille; hier bildet sich die Cyste durch Obstruction einer einzelnen Schleimdrüse, deren Ausführungsgang infolge eines entzündlichen Processes obliterirt wurde. Verf. berichtet einen Fall.

EMIL MAYER.

45) **Fédenat** (Montpellier). **Nasenrachenfibrome. (Fibromes naso-pharyngiens.)** *XX. Congress für Chirurgie. Paris, 7. bis 12. October 1907.*

Verf. empfiehlt die Ollier'sche Methode der Extirpation auf dem nasalen Wege, die er in 12 Fällen ausgeführt hat, als das beste Verfahren.

GONTIER de la ROCHE.

46) **N. B. Odgers. Ein Fall von Nasenrachenfibrom. (A case of retro-pharyngeal fibroma.)** *British Medical Journal. I. p. 1236. 1907.*

Es handelte sich um ein abgekapseltes Angiofibrom bei einer 31jährigen Frau.

JAMES DONELAN.

47) **Braden Kyle. Myxofibrom des Nasenrachens. Bericht über einen Fall und Demonstration von Präparaten. (Myxofibroma of the nasopharynx; report of a case and exhibition of specimen.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Cfr. Bericht der 29. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Washington, Mai 1907.

EMIL MAYER.

48) **Compaired. Neuer Fall von Nasenrachenepitheliom mit Ergriffensein des ganzen Gaumengewölbes und der Keilbeinhöhlen. (Nouveau cas d'épithéliome naso-pharyngien; invasion de toute la voûte palatine et des sinus sphénoidiens.)** *Archives internat. de Laryngologie. No. 4. 1907.*

Es musste das ganze Gaumengewölbe, der Vomer, ein Theil des Keilbeinkörpers und der Basilarpartie des Hinterhauptbeins entfernt werden. Nach einigen Monaten Recidiv.

BRINDEL.

49) **E. Frederich. Einige Operationen zur Entfernung maligner Tumoren des Nasenrachens. (Some operations for removal of malignant disease from the nasopharynx.)** *British Medical Journal. Vol. I. p. 485. 1907.*

Es werden zwei Methoden zur temporären Resection des Oberkiefers beschrieben, bei denen keine Störung in der Function des Orbicularis palpebr. auftritt und die sehr freien Zugang zum Nasenrachen gewähren.

JAMES DONELAN.

50) **L. Berliner** (Reinickendorf bei Berlin). **Zur Therapie der Angina. Eine Behandlung auf dem Wege durch die Nase mittels Protargolsalbe.** *Münch. med. Wochenschr. No. 13. 1908.*

Die Beobachtung, dass bei Katarrhen der Nase und des Nasenrachenraumes ein permanenter Strom die Nasenrachenwand herunterfliesst, welcher durch die periodischen Schluckbewegungen gegen die Mandeln gepresst wird, veranlasste Autor zu dem Versuche, vom nasalen Wege aus die Angina mit Antisepticis anzugreifen, ein Versuch, der bei den verschiedenartigsten entzündlichen Affectionen des Rachens günstige Erfolge erzielte. Als Constituens wählte Autor die Salbenform, „weil das langsame Schmelzen des Constituens die Permanenz gewährleistet". Von der Salbe reibt der Patient eine halberbsengrosse Portion in jedes Nasenloch ein und verreibt es an den Innenwänden. Bei Verschwinden des durch das beigefügte Menthol bedingten Pfefferminzgeschmackes im Gaumen wird die Procedur jeweils wiederholt. Auch bei acuten Rhinitiden wurde die Salbe mit Erfolg angewandt. Berliner empfiehlt folgende Formel: Rp. Protargol 1,5 solv. in aq. frig. 2,5 tere c. Lanolin 6,0 — adde Menthol 0,1, Saccharini 0,3, Vaselin. ad 15,0.

HECHT.

51) **Schütte** (Magdeburg). **Die Behandlung des Schnupfens mit „Risin-Salbe".** *Fortschr. d. Med. 5. 1908.*

In der „Risin-Salbe" sieht Verf. ein Mittel, welches bei der Bekämpfung des Schnupfens unschätzbare Dienste leistet, nicht nur um die so lästigen Symptome zu beseitigen, sondern auch um prophylaktische Wirkung zu erzeugen. Die Zusammensetzung der „Risin-Salbe" ist folgende: Eucalyptol 0,5, Menthol 0,125, Anaesthesin 0,5, Adrenalin (1:1000) gtt. V., Lanol. anhydr. 2,5, Ung. acid. boric. 10 pCt. (c. Vasel. alb. parat.) ad 15,0. M. f. ung.

SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

52) **U. Zimmerl. Ueber die Vertheilung des elastischen Gewebes in der Mundhöhlenschleimhaut der Hausthiere. (Sulla distribuzione del tessuto elastico nella mucosa della cavità orale degli animali domestici.)** *Parma. Tip. Zerbini 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

53) **Kretschmann** (Magdeburg). **Halsbeschwerden, verursacht durch Erkrankung der Drüsen des Mundbodens.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 104.*

Verf. stellt folgende Schlusssätze auf:

1. Für mannigfache Halsbeschwerden findet sich nicht selten als Ursache eine pathologische Veränderung der Speicheldrüsen des Mundbodens.

2. Die Veränderung ist meistenteils entzündlicher Natur, seltener handelt es sich um einfache Secretstauung.

3. Die Diagnose beruht auf Vergrösserung und Empfindlichkeit des Organs, welche sich mittels bimanueller Palpation leicht feststellen lässt.

4. Die wirksamste Behandlung der Erkrankung bildet die bimanuelle Massage des Mundbodens und der Drüsenkörper.

F. KLEMPERER.

54) **Bureau. Ein Fall von Melanodermie mit Pigmentatien der Mundschleimhaut. (Un cas de mélanodermie avec pigmentation de la muqueuse buccale.)** *Gazette méd. de Nantes. No. 19. 1907.*

Auf der Schleimhaut des Gaumensegels und des Gaumengewölbes sowie auf der Magenschleimhaut fanden sich Pigmentflecken von fast schwarzer Beschaffenheit; man hätte an eine durch Morbus Addison bedingte Eruption denken können.

BRINDEL.

55) **Casanet. Gangrän des Mundes. (Gangrena de la boca.)** *Revista de especialidades médicas. Juni 1907.*

Verf. hat 2 proc. Methylenblau mit gutem Erfolg angewandt; die Schnelligkeit der Wirkung schreibt er dem Umstand zu, dass das Mittel weit in die Tiefe dringt, da es das Eiweiss nicht zum Gerinnen bringt. Ein anderer Vortheil besteht darin, dass es die Gewebe nicht zerstört und keine Narbenretractionen im Gefolge hat.

TAPIA.

56) **Max Scheier** (Berlin). **Ueber die Krankheiten der Mundhöhle bei Glasbläsern.** (Nach einem Vortrag in der Berliner laryngologischen Gesellschaft.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 472. 1907.*

Verf. berichtet zuerst über eine selten beschriebene und daher den Aerzten wenig bekannte Affection, die jedoch in 6—10 pCt. bei Glasbläsern vorkommt und nur wegen der meist geringen Beschwerden nicht zur Kenntnis des Arztes gelangt. Es handelt sich um eine durch das starke Aufblasen der Backen bedingte Luftgeschwulst der Parotis. Man findet in diesen Fällen eine Erweiterung des Ductus Stenonianus. Die Geschwulst ist meist einseitig, zuweilen nur durch eine kleine Andeutung von Anschwellung charakterisirt, zuweilen pflaumen- bis hühnereigross. Oft geht die Luft nur bei grösserer Anstrengung beim Blasen in die Parotis hinein, zuweilen aber auch bei jedem Blasen, sodass die Bläser, um ihre Arbeit fortsetzen zu können, alle 2—3 Minuten die Luft mit dem Daumen herausdrücken müssen. —

Hin und wieder sammelt sich die Luft nicht nur in der Parotisgegend selber, sondern auch in dem erweiterten Ductus parotideus an. Alsdann zieht von der Geschwulst vor dem Ohr parallel dem Jochbogen nach dem Mundwinkel hin eine längliche Schwellung, die am vorderen Rande des Masseter aufhört.

Bei der Percussion der Geschwulst hört man tympanitischen Schall, unter dem Finger fühlt man das Knistern des Hautemphysems.

Wenn auch im Anfange der Erkrankung die Beschwerden durch Schmerz und Spannung gross zu sein pflegen, so tritt wohl fast stets Gewöhnung ein und damit Erhaltung der vollen Erwerbsfähigkeit. — Die mit dieser Affection behafteten Arbeiter zeigen gewöhnlich verschieden grosse grau verfärbte Schleimhautpartien der Wangenschleimhaut, die mit Höllensteinverätzungen oder auch Plaques muqueuses Aehnlichkeit haben und aus starker Epithelwucherung mit Verhornung entstehen. Diese schnell entstehenden Verfärbungen verschwinden nach Aussetzen der Arbeit. —

Von grosser Wichtigkeit für die Hygiene der Glasbläser ist die Erfahrung,

dass die Syphilis bei ihnen stark verbreitet ist, und durch die bisher übliche gemeinsame Benutzung der Blasrohre von einem specifisch erkrankten Arbeiter auf eine grosse Reihe gesunder Leute leicht übertragen werden kann, und zwar umso leichter, als bei fast jedem Glasbläser kleine Fissuren und vor allem oft die epitheliale Erkrankung der Backenschleimhaut sich vorfindet. Auf diesem Wege sind schon öfters Syphilisepidemien zu Stande gekommen.

Auch die Tuberculose ist eine häufige Krankheit unter den Glasbläsern. Eine im Jahre 1891 veröffentlichte Statistik ergab 37,5 pCt. Todesfälle an Schwindsucht. — Zu Lungenemphysem giebt der Beruf keine Prädisposition.

Zum Schluss stellt Verf. die Forderung auf, Apparate, wie sie bereits in Frankreich (Clichy) in Gebrauch sind, zur mechanischen Bläserei mittels comprimirter Luft in unseren Glashütten einzuführen, zur Herabminderung der körperlichen Anstrengung, zum Schutz gegen die Gefahr der Syphilis und Tuberculoseübertragung.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

57) **Robert Levy. Tuberculose des Mundes. (Tuberculosis of the mouth.)** *Laryngoscope. December 1907.*

Verf. unterscheidet nach den verschiedenen Erscheinungsformen der Erkrankung: miliare Infiltration, oberflächliche, tiefe oder perforirende Geschwüre, Knochennekrose, chronischen Abscess und Tumor; nach dem Entwicklungsmodus unterscheidet er „endogene“ und „ectogene“ (Grünwald), oder entsprechend der Classification von Holländer descendirende und ascendirende; je nach dem klinischen Verlauf unterscheidet er maligne und benigne Formen.

Die ectogene oder ascendirende Form, bei der es sich um Inoculation oder rein lokalen Erkrankungsmodus handelt, repräsentirt den weniger activen Typus, während die endogene oder descendirende Form, wo die Infection auf dem Blut- und Lymphstrom, durch miliare Depots oder Infection von entfernten Stellen aus zustande kommt, dem activeren, virulenten, malignen Typus entspricht.

Tuberculöse Läsionen an Zunge, Lippen, Zahnfleisch können eine Zeit lang bestehen, ohne dass Patient dessen gewahr wird, dies gilt selbst für ziemlich ausgedehnte Ulcerationen. In dieser Hinsicht unterscheiden sich diese Läsionen von denen des Pharynx und Larynx. Auch die Allgemeinsymptome können leicht sein, ausgenommen die schweren Fälle, wie man sie bei miliarer Infection findet. Diese sind charakterisirt durch den rapiden Verlauf der Läsionen, die sich auf den weichen Gaumen, die Tonsillen und die umgebenden Theile des Pharynx ausbreiten und mit Dysphagie, hohem Fieber, Abmagerung einhergehen.

Nicht jede Ulceration des Pharynx bei einem tuberculösen Individuum ist tuberculös. Aus diesem Irrthum erklären sich viele Fälle von berichteter Heilung.

Was den Nachweis der Tuberkelbacillen betrifft, so hat er nur Werth, wenn die Geschwürsoberfläche gründlich gereinigt und dann unter Cocain curettirt wird: das curettirte Gewebe wird dann zwischen Deckgläschen zu feiner Schicht verrieben. Auch kann ein Stückchen excidirt, geschnitten und auf Bacillen gefärbt werden.

Schlecht ist die Prognose bei Ulcerationen der Zunge, verhältnismässig gutartig können Ulcerationen der hinteren Rachenwand verlaufen.

Die besten Mittel sind locale Application von Cocain oder Orthoformpulver; auch können die Schmerzen durch Cauterisation und Curettage gemildert werden entsprechend der Annahme, dass die Schmerzen nicht so sehr auf das Freiliegen der Nerven, als auf die Entwicklung kleiner Neurome an den exponirten Nervenendigungen zurückzuführen sind. EMIL MAYER.

58) **Bégouin. Dermoidcyste des Mundbodens. (Kyste dermoide du plancher de la bouche.)** *Gazett. hebdom. des sciences médicales de Bordeaux. No. 17. 1907.*

Die Cyste sass in der seitlichen Region über dem Zungenbein; sie wurde von aussen exstirpirt und enthielt einen harzähnlichen Inhalt. BRINDEL.

59) **J. S. Wight. Postoperative Behandlung maligner Erkrankungen der Mundhöhle. (Postoperative treatment of malignant disease of the buccal cavity.)** *N. Y. Medical Journal. 3. August 1907.*

Verf. empfiehlt Injectionen von Carbolpetroleum (3—5 pCt.) in die Geschwulst. Er berichtet 3 Fälle; in 2 starben die Kranken aus anderen Gründen, ohne dass Recidiv eingetreten war, im dritten Fall war 5 Monate nach der Operation kein Anzeichen von Recidiv vorhanden. EMIL MAYER.

60) **F. Massei. Kürze des Frenulum linguae. (Brevità del frenulo della lingua.)** *Bollett. delle malattie dell'orecchio etc. Mai 1908.*

Verf. bespricht die Symptome und Diagnose einer abnormen Kürze des Frenulum und erwähnt dabei die mannigfachen Erscheinungen, die man — oft mit Unrecht — geneigt ist, auf eine solche angeblich bestehende Anomalie zurückzuführen. Von den nach der Resection des Frenulum auftretenden Folgeerscheinungen bespricht er die Blutung und — was eintreten kann, wenn die Resection zu ergiebig gemacht wurde — die Aspiration der Zunge in den Rachen.

FINDER.

61) **Julius Flesch** (Wien). **Zur Neurologie der Zunge.** *Mit 1 Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 3. 1908.*

Nach eingehender Besprechung der Anatomie und Physiologie der Zungenmusculatur erörtert der Autor die Neuro-Pathologie der Zunge, die sich zu kurzem Referat nicht eignet. HECHT.

62) **Castells. Beziehung der Leukoplakia buccalis zur Syphilis. (Relaciones de la leucoplasia bucal con la sifilis.)** *Revista médica y cirurgia practicas. August 1907.*

Man muss von der specifischen Leukoplakia den Lichen planus und die einfache Leukoplakie trennen; vor Einleitung einer antisyphilitischen Behandlung ist daher eine aufmerksame Untersuchung nothwendig. TAPIA.

63) **John V. Shoemaker. Leukoplakia linguae.** *Canada Journal of Medicine and Surgery. Februar 1908.*

In den ersten Stadien kann Cauterisation Besserung herbeiführen; chemische Caustica verschlechtern den Zustand eher. Verf. empfiehlt ferner innerliche Dar-

reichung von Creosot mit Strychnin, Podophillin und Mundspülungen mit Borsäure, Creosot etc. EMIL MAYER.

64) **Mautner. Vaccine am Zungenrand.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 18. October 1907.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 43. 1907.*

Die Autoinoculation dürfte in der Weise erfolgt sein, dass ein cariöser Backenzahn die Zunge lädirte und durch einen Finger von den juckenden Pusteln am Arm zum schmerzenden Zahn das Secret übertragen wurde. Differentialdiagnostisch kam ein venerisches Ulcus in Betracht. CHIARI.

65) **Decrégny. Syphilitischer Schanker der Zunge, entstanden nach einer Zahnextraction bei einem 8jährigen Kinde. (Chancre syphilitique de la langue survenue après une extraction dentaire chez un enfant de 8 ans.)** *Revue de stomatologie. October 1907.*

Der Titel besagt den Inhalt. A. CARTAZ.

66) **Sabouraud** (Paris). **Prognose der tuberculösen Zungengeschwüre. (Prognostic de l'ulcération linguale tuberculeuse.)** *La Clinique médicale. 3. Januar 1908.*

Verf. hält die Prognose nicht für so schlecht, wie man allgemein glaubt. Er theilt zwei Fälle mit, wo die Ulceration erfolgreich durch Application geeigneter localer Mittel behandelt wurde. GONTIER de la ROCHE.

67) **Bonnet. Desquamationsflecken auf der Zunge. (Patches of desquamation on the tongue.)** *N. Y. Medical Journal. 16. November 1907.*

Unter den Bezeichnungen: Intertrigo lingualis, Lingua geographica, Epitheldesquamation der Zunge etc. sind nach Ansicht des Verf.'s eine Anzahl von Affectionen zusammengeworfen worden, die nur eine gewisse äussere Aehnlichkeit mit einander gemein haben. Klinisch bestehen zwischen ihnen erhebliche Unterschiede. Bei kleinen Kindern handelt es sich gewöhnlich um eine vorübergehende Erkrankung; in anderen Fällen ist das Leiden dagegen meist eminent chronisch. Was die Ursachen anbelangt, so führt Weill die Erkrankung auf eine Streptokokkeninfection zurück; in vielen spielt Erblichkeit eine Rolle, und zwar wirkt hier wahrscheinlich eine angeborene Missbildung des Zungenepithels mit. Ferner sind dyspeptische Störungen und Gicht angeschuldigt worden; bei manchen Fällen bestehen möglicherweise ätiologische Beziehungen zum chronischen Eczem. LEFFERTS.

68) **Fedoroff** (Petersburg). **Die Pharyngotomia suprahyoidea bei Geschwülsten des Zungenbeins.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 84. 1907.*

Mit Hülfe eines queren Schnittes dicht oberhalb des Zungenbeins gelang es, eine Struma der Zungenbasis mit gutem Erfolge zu entfernen. SEIFERT.

69) **A. Hamm** und **H. Torhorst. Beiträge zur Pathologie der Keratosis pharyngis mit besonderer Berücksichtigung der bakteriologischen Verhältnisse.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie Bd. 19. S. 447. 1907.*

Verff. schliessen sich den Siebenmann'schen Anschauungen an und verwerfen den Leptothrix als ätiologischen Factor; sie glauben den Erreger des Ver-

hornungsprocesses in einem Schleim producirenden Kapselbacillus gefunden zu haben, den sie in 3 Fällen isoliren konnten.

Der Bacillus ist von einem breiten homogenen Hofe umgeben, der nach aussen sich nicht durch eine besondere Membran abgrenzt, sondern diffus auslaufend sich im umgebenden Medium verliert (sehr schön auf beigegebenen Abbildungen erkennbar). Die Schleimkapsel, aus Nucleoalbumin bestehend, soll Träger der intensiv wirkenden Fermente sein.

Verff. stellen sich die Entstehung des Krankheitsbildes so vor, dass die Kapselbacillen sich bei irgend einer Gelegenheit in den Krypten der Tonsillen einnisten, vermöge ihrer zähschleimigen Beschaffenheit innig mit der Epitheloberfläche verbacken und vermittels ihrer intensiven Schleimproduction einen specifischen Reiz auf die Epithelzellen ausüben, der eine gesteigerte Zellproliferation mit Ausgang in Vorhornung der oberflächlichen Zellschichten auslöst.

Die Verff. stellten bei ihren 3 Fällen Agglutinationsversuche der einzelnen Seren auf die jeweiligen isohomologen Stämme an; es ergab sich bei Fall 1 ein Agglutinationstiter von 1/250, bei Fall 2 von 1/50, bei Fall 3 1/75. In dem hohen Werthe des Falles 1 sind die Verff. geneigt, den Ausdruck eines specifischen Infectes, einer ausgiebigen Resorption von Producten der Kapselbacillen zu erblicken.

Die Therapie bestand in Entfernung der Pfröpfe mit Pincetten und nachheriger Pinselung mit Jodglycerin. Der Erfolg war ein guter.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

70) **Januszkiewicz. Pharyngitis keratosa punctata.** *Przeglad Lekarski. No. 6, 7. 1908.*

Verf. giebt kurz die Ansichten verschiedener Autoren über dieses Leiden (Fränkel, Heryng, Siebenmann, Wysokowicz) an und beschreibt zwei selbst beobachtete Fälle, die er bakteriologisch untersucht hat. In beiden Fällen befanden sich auf beiden Mandeln weisse Pfröpfe in ziemlich grosser Anzahl. Mikroskopisch untersucht zeigten die Pfröpfe ausser Leptothrix buccalis grosse Mengen von diphtherieähnlichen Bacillen, die jedoch etwas länger und dünner waren. Als erster beschrieb sie Wysokowicz, der ähnliche Bacillen wie Verf. in allen von ihm beobachteten Fällen gefunden hat, und nannte dieses Leiden Pharyngitis keratosa punctata.

A. v. SOKOLOWSKI.

71) **Vittorio Grazzi. Physikalische und mechanische Behandlung der chronischen katarrhalischen Pharyngitis und besonders der hypertrophischen und granulösen Form mit Demonstration besonderer Instrumente. (Cura fisica e meccanica della faringite catarrale cronica e più specialmente della forma ipertrofica e granulosa con presentazione di speciali istrumenti.)** *Italienischer Congress für Hydrologie und physikalische Medicin. San Remo, April 1908.*

Die Instrumente, die Verf. zur Massage der Pharynxschleimhaut anwendet, sind aus Metall gefertigte und ähneln der Beschreibung nach im Princip den zur Gesichtsmassage benutzten kleinen Rollen, die an einer Handhabe befestigt sind. Sie sind zu beziehen von Giuseppe Furchini, Mechaniker am Istituto Tecnico „Galileo Galilei“ Florenz.

FINDER.

72) **E. von Eicken** (Freiburg i. Br.). **Ueber Hypopharyngoskopie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 213. 1907.*

Verf. beschreibt eine neue Methode zur Besichtigung des Hypopharynx. Er hat zu diesem Zweck einen „Larynxhebel" erfunden, der eine Sonde aus Stahl mit breitem, gerieftem Handgriff darstellt. Nach Cocainisirung des Larynx gelingt es ohne nennenswerthe Beschwerden, den Kehlkopf durch leichten Druck auf die vordere Wand unterhalb der Stimmlippen so weit nach vorn zu drängen, dass ein breiter Einblick in den Hypopharynx gewonnen wird. Das Instrument wirkt wie ein Kniehebel, indem sein gestreckter Schenkel an den oberen Molarzähnen oder einer entsprechenden Stelle des Oberkiefers ein Hypomochlion findet, während das geknöpfte Ende den Larynx nach vorn hebelt. Die neue Methode eröffnet die Aussicht auf die Möglichkeit von Diagnose und Probeexcision von Carcinomen des Hypopharynx, von Entfernung von Fremdkörpern, von operativen Eingriffen, wie z. B. Spaltung perichondritischer Abscesse der Ringknorpelplatte und Entfernung gutartiger Neubildungen dieser Gegend unter Controle der Augen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

73) **H. S. Barwell. Eine Notiz über Hypepharyngoskopie. (A note on hypopharyngoscopy.)** *Lancet. 17. August 1907.*

Fall einer 39jährigen, seit 8 Monaten an Dysphagie leidenden Frau, bei der man den linken Aryknorpel sehr geschwollen fand. Bei der Untersuchung nach van Eicken konnte man auf der Hinterfläche des Aryknorpels und im Pharynx eine grosse Geschwürsfläche sehen. Es handelte sich um ein Epitheliom. Die Dysphagie wurde etwas durch Excision eines Theiles des geschwollenen Aryknorpels behoben. Illustrirt.

ADOLPH BRONNER.

d. Diphtherie und Croup.

74) **Homer Dupuy. Weitere Erfahrungen mit Antidiphtherieserum bei Nasendiphtherie. (Further experience with antidiphtheria serum in nasal diphtheria.)** *New Orleans Medical Journal. Januar 1908.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

75) **Louis Martin** (Paris). **Die Hauptursachen der Mortalität bei der Diphtherie seit der Serotherapie. (Les principales causes de mortalité dans la diphtérie depuis la sérotherapie.)** *Académie de Médecine. 20. April 1908.*

Die ganz kleinen Kinder bis zu 2 Jahren starben im Verhältniss von 20 pCt. trotz der Serumtherapie. Sie starben meist infolge toxischer Zufälle, die nervösen Läsionen zuzuschreiben sind, und mit den Anzeichen von Insufficienz der Nieren, Leber und besonders der Nebennieren.

GONTIER de la ROCHE.

76) **Walter Wyman. Plötzliche Todesfälle nach Anwendung von Diphtherieantitoxin. (Sudden deaths following the use of diphtheria antitoxin.)** *Journal American Medical Association. 8. Februar 1908.*

Verf. führt einen Fall an, den er als Beispiel für die Hyperempfindlichkeit gegen Pferdeserum beim Menschen auffasst. Ueber dieses Phänomen sind in den

letzten 2 Jahren im Hygienischen Institut sorgfältige Studien gemacht worden — dieselben sind niedergelegt in den Hygienic Laboratory Bulletins Nr. 29 u. 36 —; sie haben zu dem Resultate geführt, dass das Diphtherieantitoxin bei der giftigen Wirkung des Pferdeserums keine Rolle spielt, es ist vielmehr an sich harmlos.

Die Symptome nach Injection von Pferdeserum bei Thieren sind sehr charakteristisch und zeigen, dass das giftige Princip vor allem auf die Respirationscentren wirkt; in tödtlichen Fällen sistirt die Athmung lange bevor das Herz zu schlagen aufhört. Aehnliches wird von den beim Menschen beobachteten Fällen berichtet. Auffallend ist, dass in 2 der Fälle die Patienten an Asthma litten, also an einer Neurose. Man sollte das Antidiphtherieserum bei solchen Personen nur mit äusserster Vorsicht gebrauchen.

EMIL MAYER.

77) **James Knight Quigley. Collaps nach Gebrauch von Antidiphtherieserum. (Collapse after use of diphtheria antitoxin.)** *Journal American Medical Association. März 1907.*

Der Collaps trat 30 Minuten nach der Injection ein. Patientin war äusserst cyanotisch, hatte ausgesprochene Dyspnoe, geringe Erweiterung der Pupillen und Schaum vor dem Mund. Es bestand totaler Verlust des Bewusstseins für ein paar Minuten. Stundenlang war der Radialpuls nicht fühlbar. Unter Anwendung von Nitroglycerin, Strychnin und Kochsalzinfusionen kam Pat. wieder zu sich.

Bei der Aufnahme ins Krankenhaus constatirte man ein leichtes Oedem der Augenlider; der mittels Katheters entnommene Urin enthielt Blut. Es wurden drei weitere Antitoxininjectionen gemacht von 3000, 4000 und 5000 J. E. Die Urinmenge nahm zu, der Puls wurde besser und Pat. genas völlig.

Es werden die Fragen aufgeworfen: 1. Handelte es sich um eine diphtherische Herzlähmung? 2. Wenn es sich um eine Wirkung des Diphtherieserums handelt, wie erklärt sich die nach weiterer Anwendung desselben eintretende Besserung?

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

78) **Herbert Elias. Zur Anatomie des Kehlkopfes der Mikrochiropteren.** *Gegenbaur's morph. Jahrb. Bd. 37. S. 70.*

An den verschiedenen Fledermauskehlköpfen fällt vor allem die Mächtigkeit der Musculatur, besonders der Stimmbandspanner, auf. Den Stimmbandspannern haben sich auch Muskeln, die einer anderen Function vorstehen, z. B. der M. cricoarytaen. post., durch die eigenthümliche Beschaffenheit der Aryknorpel und deren geringe gegenseitige Verschiebbarkeit, durch die Verlaufsrichtung ihrer Fasern und Lage ihrer Ansatzmuskeln angeschlossen. Diese grossen Muskeln brauchen entsprechende Ansatzflächen; so z. B. die vordere Platte des Cricoids bei den Rhinolophiden, mit welcher sogar zur Vergrösserung der Ansatzfläche der erste Trachealring verschmolzen ist. Der starken Beanspruchung der Knorpel entsprechen die häufig nachweisbaren Verknöcherungen, die schon bei jugendlichen Individuen (Vespertilio Daubentonii) vorkommen. Scheinbar im Gegensatz zu der starken Entwicklung der Musculatur steht die geringe Beweglichkeit der Knorpel

durch Verwachsungen der Aryknorpel, der Hyoids und Thyreoids, durch den Mangel der Gelenkspalten, straffe Kapseln sowie durch besonders stark entwickelte Ligamente, z. B. das Lig. kerato-cric. post. bei Rhinopoma microphyllum. Neben der starken Spannung der Stimmbänder verleihen die Kürze der Glottis vocalis, namentlich bei Rhinolophus hipposideros, Rhinolophus ferrum equinum, Rhinopoma und die auf den Stimmbändern sitzenden Stimmmembranen der Stimme der Fledermäuse ihren hohen und schrillen Charakter. Die Rhinolophiden und Emballonuriden besitzen Membranen nur an den wahren Stimmbändern, die Vespertilioniden auch an der Plica ventricularis. Am stärksten ausgebildet ist die Membrana vocalis bei den Vespertilioniden, am zartesten bei den Rhinolophiden. Auch an der Membrana ventricularis kommen, wenn auch geringere, Verschiedenheiten vor. An ihrem freien Rande finden sich bei Vespertilio murinus und mystacinus blasige Zellen; bei Vesperugo pipistrellus geht von ihr noch eine Nebenfalte ab. Dann sind noch Nebenräume im Kehlkopfe vorhanden, die wie Resonatoren dazu dienen, den Schall zu verstärken.

Der Kehlkopf der Chiropteren ist in den Nasopharynx eingeschoben, der Speiseweg also paarig um beide Seiten des Kehlkopfs herumgeführt. Um diesen seitlichen Weg offen zu halten, ist bei den Vespertilioniden die Cartilago faucium lat. in die laterale Wand des Pharynx eingelagert. J. KATZENSTEIN.

79) **T. P. Anderson Stuart** (Sidney). **Die Functionen der Epiglottis und der Fossae glosso-epiglotticae. (The functions of the epiglottis and of the glosso-epiglottic fossae.)** *Journal of Physiology. Vol. 35. No. 5 u. 6. 2. Juli 1907.*

Verf. hat bereits vor 15 Jahren eine Arbeit über den Verschliessungsmodus des Kehlkopfs publicirt (Cfr. Centralblatt Vol. IX, p. 348 u. Vol. X, p. 585). Er kommt jetzt wieder auf den Gegenstand zurück. Die sehr interessante Arbeit sollte im Original gelesen werden. Es seien hier nur die Schlussfolgerungen wiedergegeben, zu denen Verf. gelangt:

Während der Deglutition zeigt die Epiglottis wenig oder gar keine Bewegung: ihr basaler Theil legt sich zwischen die Zunge und den übrigen Kehlkopf, ihre Spitze streckt sich über und hinter den übrigen Kehlkopf, so dass ihre laryngeale Fläche ganz frei ist. Die Aryknorpel legen sich erst aneinander und gehen etwas in die Höhe, dann neigen sie sich nach vorwärts und berühren die Epiglottis. So kommt der Verschluss des Kehlkopfes zu Stande. Kommt bei der Deglutition kein Verschluss zu Stande, indem der Larynx nicht nach oben steigt, sondern unten gehalten wird, so zeigt die Epiglottis keine Neigung, nach unten zu kommen und vicariirend an dem Verschluss mitzuwirken. Die geringen Bewegungen der Epiglottis scheinen nur passiver Natur und an diejenigen der Zunge, des Zungenbeins und des übrigen Larynx gebunden zu sein. Die Vertheilung des geschichteten Pflasterepithels auf der Epiglottis spricht für den vom Verf. beschriebenen Modus der Deglutition: während der Bissen über die laryngeale Fläche der Epiglottis gleitet, braucht er nicht deren ganze Fläche zu berühren, sondern nur den Theil am Rande. Die Geschmacksknospen auf der laryngealen Fläche der Epiglottis sind wirkliche Geschmacksorgane und nicht nur Anhäufungen gewöhnlicher Epithelzellen. Die Fossae glosso-epiglotticae haben die Function, über die Noth-

wendigkeit zu wachen, dass die Wege von den Secreten freigemacht werden. Der freie Teil der Epiglottis verhindert, dass die Secrete von der Nase, Nasenrachen und Zungenbasis in die Kehlkopfhöhle fliessen; sie sammeln sich in den Fossae glosso-epiglotticae bis diese voll sind, dann wird reflectorisch ein Schluckact ausgelöst, die Fossae werden geleert und die Wege sind frei. Manche Erscheinungen, die den Verlust der Epiglottis begleiten, sind darauf zurückzuführen, dass der hintere Rand der Fossae glosso-epiglotticae seine Integrität eingebüsst hat.

FELIX SEMON

80) **A. Kuttner** und **E. Meyer** (Berlin). **Führt der Recurrens des Menschen sensible Fasern?** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 510. 1907.*

Die Verf. nahmen zur Nachprüfung der Behauptung Massei's, der Nervus recurrens desMenschen führe sensible Fasern, Sensibilitätsprüfungen bei Recurrenslähmungen aller Art vor und fanden dabei nie ein Herabsinken der Empfindlichkeit unter die Norm, auch nicht, dass bei einseitiger Lähmung die kranke Seite schwächer reagierte als die gesunde. Der Versuch, den Nervus laryngeus superior vor seinem Durchtritt durch die Membrana hyothyreoidea durch subcutane Adrenalin-Novocaininjectionen auszuschalten, misslang.

Nachdem bei einer partiellen Resection des Pharynx und Larynx der linke N. laryngeus sup. vor seinem Durchtritt durch die Membrana hyothyreoidea — die Motilität und Sensibilität war vordem normal — durchschnitten worden war (W. Körte), wurde folgender Befund erhoben: Die linke Stimmlippe reagirt nicht mehr auf Sondenberührung, auf der rechten Kehlkopfseite löst derselbe Reiz eine normale Reaction aus. Alle Bewegungen, die willkürlichen wie die unwillkürlichen, werden von beiden Stimmlippen gleich prompt und symmetrisch ausgeführt. Auf Grund der Uebereinstimmung dieses Befundes mit den früheren Untersuchungsresultaten schliessen die Verf., dass der Recurrens beim Menschen keine sensiblen Fasern führt.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

81) **K. Steppetad** (Kreuznach). **Beitrag zur Kenntniss der Coordinationsstörungen des Kehlkopfes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 306. 1907.*

Verf. bespricht an der Hand eines Falles, der das Bild einer doppelseitigen Posticusbildung darbot, sich bei der Tracheotomie (Narkose) aber als functioneller inspiratorischer Stimmritzenkrampf erwies, die bestehenden Theorien der Coordinationsstörungen des Larynx und kommt am Ende zu folgenden Schlüssen:

Der functionelle inspiratorische Stimmritzenkrampf entsteht auf dem Boden der Neurasthenie und Hysterie fast ausschliesslich. Er beruht auf einem Reizzustand in den bulbären Centren der Glottisverengerer (Semon). Die Diagnose kann bisweilen in der ersten Zeit nur aus dem momentanen Auseinanderschnellen der Stimmbänder am Ende einer excessiv langen Phonation (Semon) gestellt werden. Auch eine nötig werdende Narcose sichert die Diagnose.

Die Symptome können ausserordentlich mannigfaltige sein durch die Häufigkeit der Kombination mit Aphonia spastica und anderen Coordinationsstörungen, als auch durch den Wechsel der Symptome bei demselben Fall zu verschiedenen Zeiten.

Die Prognose für das Leben braucht, im Gegensatz zu den bisher beschriebenen rein functionellen inspiratorischen Stimmritzenkrämpfen, nicht immer eine gute zu sein, da hier die Tracheotomie zur Indicatio vitalis wurde.

Die Therapie wird vor allem eine psychische sein müssen.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

82) **Polanski. Ein Fall von Dyspnoe laryngo-spastica auf Grund von Hysterie. (Przypadek samodzcelnej histeryi krtani w postaci dyspnoë laryngo-spastica.)** *Medycyna. No. 8. 1908.*

Nachdem Verf. die wichtigsten Fälle der Literatur und die Natur des Leidens beschrieben hat, stellt er einen Fall vor, den er selbst beobachtet hat.

Ein 17jähriges Mädchen bekam nach einem kalten Flussbade eine Athemnoth und Heiserkeit. Nach 3 Wochen war die Athemnoth schwerer, sodass eine Tracheotomie gemacht werden musste. Nach einigen Tagen war die Tracheotomiecanüle entfernt. Im Laufe von $1^1/_2$ Jahren fühlte sich die Patientin ganz wohl. Jetzt kam sie wieder mit schwerer Athemnoth und gänzlicher Heiserkeit. Die laryngoskopische Untersuchung erwies keine pathologischen Veränderungen in der Gegend des Larynx, aber die Stimmbänder bei Phonation sowie bei Respiration haben eine Medianstellung nebeneinandergedrückt und bei tiefer Inspiration schliessen sie sich sogar noch fester (perverse Action der Stimmbänder). Nach einer sehr kurzen Zeit konnte man einen Moment beobachten, bei welchem sich die Stimmbänder trennten, um die Luft passiren zu lassen. Bei allgemeiner Untersuchung konnte Verf. eine Hysterie nachweisen. Bei der Untersuchung der Nase erwies sich auf der linken Seite des Septum eine Spina, welche die mittlere Muschel berührte. Bei Berührung der Spina nahm die Athemnoth zu. Nach Abtragung der Spina war die Athemnoth viel leichter und bei Berührung dieser Stelle steigerte sie sich nicht mehr.

V. SOKOLOWSKI.

83) **Charles H. Knight. Ein Fall von doppelseitiger Abductorlähmung. (A case of bilateral abductor paralysis.)** *The Laryngoscope. September 1907.*

Cfr. Verhandlungen der 29. Versammlung der American Laryngological Association. Mai 1907.

EMIL MAYER.

84) **Gerber** (Königsberg). **Ueber die sogenannte „Laryngitis nodulosa".** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 43. 1908.*

G. hat in den letzten Jahren 110 Fälle von Laryngitis nodulosa beobachtet. Nur bei 18 Fällen wurde von den Patienten angegeben, dass besonders viel gesprochen, gesungen oder geschrieen wurde. Bei 52 war die Knötchenbildung doppelseitig, bei 17 links- und bei 6 rechtsseitig; über die übrigen der 110 Fälle fehlen in dieser Beziehung Notizen. 48,7 pCt. aller Fälle betrafen Kinder. Die chronische Heiserkeit bei sonst gesunden Kindern ist in der Mehrzahl der Fälle durch Sängerknötchen verursacht.

Da einerseits die „Sängerknötchen" in der Mehrzahl der Fälle sich gar nicht bei Sängern, sondern in allen Berufsarten vorfinden, und andererseits bei der „Lar. nodulosa" eine Entzündung an der Stimmlippe oft fehlt, die dreieckige Form der „Noduli" viel häufiger ist als die runde, und es sich somit in Wirklichkeit

häufiger um eine Zacke als um ein Knötchen handelt, so möchte G. die Krankheitsbezeichnungen „Sängerknötchen" und „Laryngitis nodulosa" ersetzen durch die Bezeichnung „Stimmlippenzacken".

OPPIKOFER.

85) **Sendziak. Beitrag zur Pathologie und Therapie der Laryngitis submucosa acuta. (Przyczynek do patologii i terapii ostrego podsluzowego zapalenia krtani.)** *Przeglad Lekarski. No. 5, 6. 1908.*

Verf. giebt in Kurzem einen historischen Ueberblick der Ansichten über Larynxödem, von Bayle an, bis zu den letzten Zeiten (Semon, Kuttner, Massei, Sokolowski etc.). Verf. theilt das Larynxödem 1. in Stauungs- und 2. entzündliches Oedem (Laryngitis submucosa acuta), a) primär und b) secundär. Verf. hat in seiner Praxis 108 Fälle von Laryngitis submucosa acuta beobachtet, von denen die meisten in ein Alter von 30—40 Jahren fielen (36). Was die Beschäftigung der von Verf. behandelten Personen betrifft, so waren es in den meisten Fällen Kellner oder Landarbeiter, ferner Geschäftsleute, Militär usw. Was die Aetiologie betrifft, so entstehen acute Larynxödeme infolge 1. thermischer Einflüsse (plötzlicher Temperaturumschlag, Verbrennen mit heissen Speisen u. a.), 2. infolge chemischer Faktoren (Brandwunden von ätzenden Flüssigkeiten, manchmal infolge zu grosser Dosis von Jodkali), 3. infolge mechanischer Ursachen; Verletzung durch einen Fremdkörper etc. Laryngitis submucosa acuta entsteht endlich im Verlaufe ansteckender Krankheiten, wie Erysipelas, Masern, Diphtherie, acutem Reumatismus, Pocken, Endocarditis, Wochenfieber, Angina follicularis, Peritonsillarabscesse usw. Was die Localisirung der Anschwellungen betrifft, so sind meistentheils die Epiglottis, dann die hintere Wand des Larynx, die Aryknorpel und Ligamenta aryepiglottica behaftet. Die wichtigsten der Symptome sind Schmerz und Athemnoth. Der Erfolg war in der grössten Anzahl der Fälle gut (von 108 Fällen endeten 2 Fälle mit dem Tode).

v. SOKOLOWSKI.

86) **A. Martin. Einige Fälle von acuter stenosirender Laryngitis. (Algunos casos de laringitis agudas estenosantes.)** *Revista barcelonesa de oto-rino-laringologia. No. I. 1907.*

Verf. macht auf die Aehnlichkeit seiner Fälle mit den von Massei und Renault beschriebenen aufmerksam.

TAPIA.

87) **A. Rérolle. Beitrag zur Behandlung der stenosirenden Masernlaryngitis (Contribution au traitement des laryngites suffocantes de la rougeole.)** *Dissert. Toulouse 1906.*

Bei Masern können schwere Laryngitiden auftreten vor, während oder erst nach Ausbruch des Exanthems. 24 Krankengeschichten. — In erster Linie soll die Intubation versucht, und nur wenn diese misslingt oder die Tube sich nicht hält, die Tracheotomie vorgenommen werden.

OPPIKOFER.

88) **Déjerine** (Paris). **Hysterisches Trachealröcheln? (Râle trachéal hystérique?)** *Société de neurologie française. 2. April 1908.*

Es handelt sich um eine Frau, bei der seit 14 Jahren tiefe Inspirationen und Einziehungen beobachtet werden nebst einem Röcheln, ähnlich wie bei Sterbenden.

Nichts an den Lungen, im Larynx, in der Trachea; Radioskopie negativ. Während des Schlafes und bei der Intubation verschwinden die Erscheinungen.

GONTIER de la ROCHE.

89) **Mieczyslaw Gantz** (Warschau). **Ein Fall von spontaner luetischer Tracheal-fistel.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1907.*

Die spontan aufgetretene Fistel, wohl Folge eines vereiterten Gumma an der Vorderwand der Trachea, befand sich direkt oberhalb des Sternum und schloss sich wieder auf specifische Behandlung (Jodnatrium).

HECHT.

90) **Bror Bjerner. Einige Worte über das sogenannte rauhe Athmen auf Grund eines Falles von Trachealfistel. (Nagra ord om s. k. rauhes Athmen med antedning af ett fall af trachealfistel.)** *Allmänna svenska läkartidningen. No. 40. 1907.*

Verf. erinnert an einen Fall von Trachealfistel, bei dem ein sog. rauhes Athmen über dem grösseren Theil der Lungen mit Leichtigkeit gehört werden konnte, da die Fistel offen war; wurde sie geschlossen, war das Athemgeräusch fast normal. Verf. schliesst hiervon, dass ein sog. rauhes Athmen innerhalb des Respirationstractus entstehen kann und nicht auf einem Muskelgeräusch beruht.

E. STANGENBERG.

91) **H. Brisson. Tracheotomie bei leichter Athmungsbehinderung im Verlaufe febriler Toxaemie. (Tracheotomy in slight respiratory obstruction associated with febrile toxaemia.)** *Lancet. 28. Januar 1907.*

Verf. empfiehlt in fieberhaften Fällen von Toxämie die Tracheotomie, auch wenn nur leichte Athembehinderung vorliegt. Es war auffallend, wie in solchen Fällen die Patienten, die allmählich immer schwächer und schwächer wurden, plötzlich besser wurden. Indikationen zur Operation waren: 1) Erschwerte Athmung. 2) Ruhelosigkeit. 3) Der Zustand des Herzens. 4) Der Puls, der zuerst voll und beschleunigt ist, ist nachher oft ein pulsus paradoxus. 5) Septische Laryngitis, die in den meisten einigermassen ausgedehnten Fällen vorhanden ist. Es werden 15 Fälle berichtet.

ADOLPH BRONNER.

92) **Jauquet. Die Laryngo-Tracheostomie. (La laryngo-tracheostomie.)** *La Clinique. No. 46. 1907.*

Mittheilung in der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Spitäler am 9. Nov. 1907. Es ist der erste Fall hier in Belgien, an welchem die von Prof. Killian erdachte und zuerst ausgeführte Operation der Laryngo-tracheostomie ausgeführt wurde. Es handelt sich um ein $5^1/_2$ jähr. Kind, welches vor 4 Jahren von Glottiskrämpfen unbekannter Ursache befallen wurde; dasselbe wurde zuerst intubirt und später tracheotomirt. Die Canüle konnte trotz aller möglichen Versuche von einheimischen und fremden Aerzten nicht entfernt werden. J. sah das Kind zum ersten Male im October d. J., es trug eine Doppelcanüle, welche ihm das Sprechen ermöglichte; in der letzten Zeit jedoch stellten sich immer Spasmen ein, wenn es, um zu sprechen, den gemeinschaftlichen Pavillon der Canüle verschliessen wollte. Nach Entfernung des Apparates konnte J. im Niveau der

Trachealöffnung das Vorhandensein einer Narbenmasse constatiren, welche das Lumen der Trachea vollständig ausfüllte, ja sogar nach vorn das Niveau der vorderen Wand überschritt; oben und unten von der Brücke befanden sich die Canülenöffnungen. Die Narbenbrücke hatte allmählich den ganzen Raum zwischen den Canülen eingenommen, der die Fenster trennte und machte somit die Luftpassage unmöglich, sobald der gemeinschaftliche Pavillon geschlossen wurde. Nach unten war die Trachea ganz frei und nach oben konnte man mit dem Salpingoskop mit grosser Deutlichkeit die Glottis von unten betrachten. Da somit die Laryngostomie angezeigt war, so wurde dieselbe am 21. Oct. vorgenommen. Die Incision des Thyroidknorpels und der Trachea ward nach unten verlängert über die alte Trachealfistel hinaus, um eine gewöhnliche Canüle unterhalb dem Niveau des zum grössten Theil excidirten Narbengewebes einführen zu können. 7 Tage lang wurde dann der Kranke mit einer weichen Schlundsonde ernährt; die Temperatur bewegte sich um 37,2 herum.

Heute, nach 3 Wochen, ist von der Narbenbrücke nur noch eine geringe Erhabenheit übrig, die sich mit Mühe von den Trachealknorpeln unterscheiden lässt. Der zuletzt eingeführte Drain entspricht schon dem Kaliber der Trachea des entsprechenden Kindesalters.

L. BAYER.

93) **K. Eske. Ueber Arrosionsblutungen grosser Gefässe nach Tracheotomie.** *Dissert. Leipzig 1906.*

E. hat 60 Fälle von Arrosionsblutungen nach Tracheotomie aus der Litteratur zusammengestellt und fügt dieser Statistik 4 weitere Beobachtungen hinzu. Er theilt diese Blutungen in 3 grosse Gruppen ein. 1) In Blutungen, die durch diphtheritische oder phlegmonöse Vorgänge, also durch Bakterienthätigkeit, hervorgerufen werden (30 Fälle). 2) In Blutungen, die allein durch Canülendruck bedingt sind (23 Fälle). 3) in Blutungen, welche durch gemeinsame Wirkung von Canülendruck und Bakterienthätigkeit verursacht werden. Die Blutungen sind bei der Tracheotomia inferior weit häufiger als bei der superior. Am häufigsten wird die Arteria anonyma perforirt (in 75 pCt. der Fälle); weit seltener sind die Arrosionen der Arteria carotis communis, einer Arteria thyreoidea oder der Venen. Der Tod durch Arrosionsblutung erfolgt nach der vorliegenden Statistik am häufigsten eine Woche nach der Operation.

OPPIKOFER.

94) **M. Marfan. Digitale Detubation. (Digital detubation.)** *N. Y. Medical Journal. 20. Juli 1907.*

Verf. giebt eine sowohl für kurze wie für lange Tuben anwendbare Methode der digitalen Detubation an. Das Kind wird auf einen Tisch gelegt, das Gesicht nach unten, Kopf und Hals über den Tischrand hinaushängend. Mit der linken Hand hebt d. h. extendirt der Arzt den Kopf wenig, wenn es sich um kurze, mehr, wenn es sich um lange Tuben handelt. Dann setzt er die Spitze des rechten Zeigefingers unmittelbar über das Manubrium sterni und palpirt nach oben, bis er dem unteren Ende der Tube begegnet. Nun wird der Kopf des Kindes leicht gesenkt und ziemlich fest auf die Spitze der Tube nach oben gedrückt. M. versichert, dass dieses Verfahren fast stets beim ersten Versuch gelingt.

G. M. LEFFERTS.

95) **Wethlo** (Berlin). **Ein neues Laryngo-Stroboskop mit Federantrieb und Centrifugalregulirung.** *Med.-pädagog. Monatsschr. f. d. gesammte Sprachheilkunde. 3. 1908.*

Der von Wethlo construirte Apparat ist ausser zu Stimmbanduntersuchungen auch für andere Tonschwingungen benutzbar und gestattet, auf Membranen, Stimmgabeln, singende Flammen etc. angewendet, eine Reihe höchst interessanter Versuche.

SEIFERT.

f. Schilddrüse.

96) **Ritter** (Greifswald). **Ueber die Beziehungen zwischen multiplen Exostosen und Schilddrüse.** *Med. Klinik. 13. 1908.*

Bericht über eine Exostosenfamilie. Die jüngste Tochter (13 Jahre alt) ist die einzige der ganzen Kinderreihe, die keine Knochenauswüchse und Wachsthumsstörungen zeigt, es besteht bei ihr ein ausgesprochener Basedowkropf.

O. SEIFERT.

97) **Ewald P. Paterson. Bericht über einen Fall von congenitalem Kropf bei einem Kinde nebst Operation. (Report of a case of congenital goiter in a child with operation.)** *N. Y. Medical Record. 14. December 1907.*

Am neunten Tage nach der Thyreodectomie trat Tetanie ein; diese hielt an, bis Schilddrüsenextract gegeben wurde.

G. M. LEFFERTS.

98) **Louis Fischer. Ein Fall von Schilddrüsenimplantation bei einem Kinde. (A case of thyroid implantation in a child.)** *N. Y. Medical Record. 14. December 1907.*

Klinischer Bericht über einen gelungenen Fall. Es handelt sich um ein 2jähriges Kind, dem ein Stück Schafschilddrüse implantirt wurde.

G. M. LEFFERTS.

99) **L. Cadet. Beitrag zum Studium der intrathoracalen Kröpfe. (Contribution à l'étude des goitres intrathoraciques.)** *Thèse de Lyon. 1905.*

Da die substernalen Kröpfe in Frankreich weniger bekannt sind als auf deutschem Gebiet, so giebt C. in seiner Dissertation eine Litteraturübersicht unter Beifügung von 38 typischen Krankengeschichten.

OPPIKOFER.

100) **Alexander Cawadias. Das Herz bei den Kropfkranken. (The heart of the goitrous.)** *N. Y. Medical Journal. 7. December 1907.*

Verf. wendet sich gegen die Classification Minnichs, nach der die klinischen Formen des Herzens bei Kropfkranken als pneumische und thyreopathische unterschieden werden; er schlägt eine Eintheilung in gutartige, bösartige und Zwischenformen vor. Bei der gutartigen Form handelt es sich um eine Hypertrophie; jedoch sind, wenn überhaupt, nur geringfügige functionelle Störungen vorhanden. Bei der Zwischenform kommt zu der Hypertrophie noch Palpitation bei geringen Anstrengungen hinzu; es kann ferner bestehen Hyperhidrosis, Dermographismus und Tremor, der dem beim Morbus Basedow ähnelt. Bei den malignen Formen sind alle diese Erscheinungen in gesteigertem Masse

vorhanden; es bestehen Compressions-Symptome, die Stimme ist heiser, Patient kommt leicht ausser Athem und ist Bronchialaffectionen unterworfen. Verf. schliesst, dass zwei Factoren an der Pathogenie des Kropfherz theil haben: erstlich die Functionsstörung der Schilddrüse, die sich in einem Stadium der Hyperactivität befindet und zweitens in gewissen Fällen die mechanischen Störungen, die aus der Trachealstenose infolge der Schilddrüsenschwellung entstehen.

G. M. LEFFERTS.

101) **Kocher** (Bern). **Zur klinischen Beurtheilung der bösartigen Geschwülste der Schilddrüse.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 91. 1907.*

Für die Diagnose ist wichtig das von einem bestimmten Zeitpunkte an einsetzende Wachstum, zumal wenn es stetig fortgeht, ferner die Consistenzzunahme und zwar der Nachweis einer derben, compacten umschriebenen Parthie in der Schilddrüse oder an einem ihrer Theile. Eine höckerige Oberfläche, verminderte Beweglichkeit gegen Trachea und Oesophagus, spontan ausstrahlende Schmerzen und Schluckbeschwerden können ebenfalls frühdiagnostisch verwendet werden.

O. SEIFERT.

g. Oesophagus.

102) **John W. Farlow. Ein Fall von Spasmus des Oesephagus. (A case of spasm of the oesophagus.)** *The Laryngoscope. August 1907.*

Cfr. Verhandlungen der 29. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Washington Mai 1907.

EMIL MAYER.

103) **Thiemann** (Jena). **Fremdkörper im oberen Theile des Oesophagus, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Entfernung aus der freigelegten aber nicht eröffneten Speiseröhre.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 85. 1908.*

In 2 Fällen konnten verschluckte Gebisse, deren Extraction vom Munde aus nicht gelang, nach Freilegung des Oesophagus leicht mobilisirt und dann erst von oben entfernt werden.

SEIFERT.

104) **A. Weber. Die Frühsymptome des Speiseröhrenkrebses, insbesondere der Spasmus.** *Dissert. Heidelberg 1905.*

W. giebt 2 Krankengeschichten wieder von Oesophaguscarcinom, dessen erstes Symptom der Spasmus war.

OPPIKOFER.

105) **Elsner. Oesophagoskopie bei Oesophaguscarcinom. (Esophagoscopy in carcinoma of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Record. 25. Juni 1908.*

Bei aller Anerkennnung des Werthes, den die Oesophagoskopie bei Fremdkörpern hat, ist nach Ansicht des Verf. dieser Werth bei malignen Erkrankungen noch sehr zweifelhaft. Er unterscheidet von diesem Standpunkt aus das Carcinom des Oesophagusrohres von dem der Cardia. Im ersteren Fall kann die Diagnose leicht mit Hülfe unserer früheren Methoden gestellt werden; in den sonst oft ziemlich unklaren Fällen von Cardiacarcinom kann das Oesophagoskop eine grosse Bedeutung haben.

G. M. LEFFERTS.

106) **M. J. Seelig. Carcinom des Oesophagus. (Carcinoma of the oesophagus.)** *Annals of Surgery. December 1907.*

Der Fall zeigt die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Aortenaneurysma und Carcinom des Oesophagus; es handelte sich um multiple Metastasen im Oesophagus, die wahrscheinlich von einem Mediastinaltumor aus auf dem Lymphwege entstanden waren.

EMIL MAYER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 24. Januar 1908.

Lennhoff stellt einen Patienten vor, bei dem man im Pharynx einen seitlichen gegen die Epiglottis gerichteten, schleimhautbekleideten Vorsprung sieht. Er stellt auf Grund dieses Befundes und des Röntgenbildes die Diagnose auf isolirte Fractur des Zungenbeins.

Schötz glaubt, es handle sich um eine abnorme Stellung des oberen Schildknorpelhorns, wie er sie schon öfters gesehen. Gegen eine Zungenbeinfractur spricht das Fehlen jeder Anamnese und die Stellung des Vorsprunges in der Richtung von unten nach oben.

Scheier stellt die Diagnose auf Bruch des oberen Schildknorpelhorns, da der Tumor im Sinus piriformis bei Druck auf den Schildknorpel sich mitbewegt. Die Kehlkopffracturen erzeugen nicht immer gefährliche Symptome, wofür er einige Beispiele anführt.

Heymann hält den vorgestellten Fall ebenfalls für eine Verbiegung des Schildknorpelhorns. Nach seinen Erfahrungen können Kehlkopffracturen ohne Tracheotomie heilen; er erwähnt einige derartige Fälle eigener Beobachtung. Richtungsveränderungen der Schildknorpelhörner sind nicht selten.

B. Fränkel erwähnt 2 eigene Fälle von Fractur des Schildknorpels und einen von Bruch des Zungenbeins, die ohne Tracheotomie heilten. Wenn auch die Erscheinungen derselben nicht immer sehr erheblich sind, so können sie doch dem Empfinden des Patienten nicht entgehen.

Lennhoff nimmt an, dass die Fractur bei seinem Patienten in der Kindheit stattgefunden hat und stützt seine Diagnose auf das Röntgenbild.

Strauch demonstrirt eine Reihe von Präparaten mit Zungenbein- und Kehlkopffracturen aus der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde. Sie finden sich nach Strangulation (Erhängen, Erwürgen und Erdrosseln) und nach Einwirkung stumpfer Gewalt auf den Hals und Kehlkopf.

Beim Erhängen kommen sowohl Brüche des Zungenbeins wie der Schilddrüsenhörner vor, und zwar sehen die Bruchenden des ersteren nach unten, die der letzteren nach innen und oben. Es brechen nicht immer alle 4 Hörner, sondern entweder nur die des Zungenbeins oder mit ihnen die des Schildknorpels auf einer Seite oder aber unregelmässig das eine oder andere Horn; oft kommt es auch nur zu einem Einknicken.

Die Fracturen entstehen nicht durch directe Einwirkung des Strangwerkzeuges, sondern durch eine starke Zugwirkung, indem durch das starke Herauf- und Nachhintenrücken des Zungengrundes und des Mundbodens die Halsorgane heftig gezogen und gezerrt und die Membrana hyothyreoidea und insbesondere die Ligg. hyothyreoid. lat. stark gespannt werden. Derartige Fracturen beobachtet man in 50—60 pCt. aller Fälle von Erhängung.

Schild- und Ringknorpelfracturen kommen vor, wenn, was selten, das Strangwerkzeug direct auf dem Kehlkopf angebracht ist. Im Allgemeinen hält man sie für lebensgefährlich; aber es giebt auch sicher günstig verlaufende Fälle.

Beim Erdrosseln liegen die Verhältnisse ähnlich; beim Erwürgen kommen Brüche der Hörner wie auch der Kehlkopfknorpel vor. Nach Einwirkung einer stumpfen Gewalt auf die Halsgegend sieht man die verschiedensten Fracturen.

B. Fränkel: Beim Erhängen beschleunigt der Henker manchmal die Execution, indem er sich auf die Schultern des Verurtheilten schwingt und so die Zugwirkung erhöht.

Die Fracturen des Zungenbeins und Kehlkopfes stellen beim Erhängen, Erdrosseln und Erwürgen ein erhebliches Stück der Diagnose dar.

Echtermeyer zeigt einen Patienten mit Prolapsus ventriculi, bei dem man über dem linken Stimmbande einen besonders bei der Inspiration stark hervortretenden Tumor sieht.

Alsdann zeigt er einen Brenner, der leicht zu reinigen und zu sterilisiren ist, weil die Schenkel desselben nur etwa bis zur Hälfte umwickelt sind.

Sitzung vom 21. Februar 1908.

Grabower stellt einen Patienten mit Oesophaguscarcinom und Kehlkopfmuskellähmung vor. Das Carcinom sass im oberen Theil, im Larynx zeigte sich eine doppelseitige Recurrenslähmung; es ist freilich möglich, dass das Carcinom in die Muskelsubstanz der Postici hineingewachsen ist.

Schötz spricht von der Möglichkeit der Radicaloperation hochsitzender Oesophaguscarcinome, wobei natürlich auch eine Larynxexstirpation nöthig ist.

P. Heymann: Fall von Schildknorpelfractur.

Durch Fall einer Kiste auf Hals und Brust kam es zu einem Längsriss in der Schildknorpelplatte; Patient hatte Schmerzen und wurde heiser. Durch die Trennung der Schildknorpelplatten ist wahrscheinlich die Insertion der Mm. vocales gelockert worden.

Halle: Die Heiserkeit könnte auf nicht correctes Aneinanderwachsen der Schildknorpelplatten zurückzuführen sein.

Zander: Fall von Larynxlupus.

Dicke knotige, wulstformige Epiglottis mit einer Narbe, Infiltration der Ligg. glossoepigl., aryepigl. und des rechten Taschenbandes. In der Nase leichtes Befallensein des Septum und der unteren Muscheln.

Scheier: Kehlkopferkrankung bei traumatischer Neurose.

Fall von einer Leiter, Quetschung des Thorax, links Bruch zweier Rippen; dabei bestand Aphonie, wie auch heute noch. Die Stimmbänder zeigten manch-

mal perverse Action, ein anderes Mal Adductorenparese u. s. w. Dabei hypochondrische Depression. Das laryngoskopische Bild ist auch jetzt sehr wechselnd; auf reflectorische Reize tritt kein Glottisschluss ein. Sensibilität in Nase, Mund und Rachen stark herabgesetzt; der Kehlkopfeingang ist hypästhetisch. Bisherige Behandlung erfolglos.

Barth räth zur Autolaryngoskopie, die in einem Falle Erfolg hatte.

Levy: Fall von combinirter Gehirnnervenlähmung.

Patient ist heiser, regurgitirt Flüssigkeiten öfter durch die Nase; rechte Schulter hängt herab, rechter Cucullaris und Sternocleidomastoideus gelähmt, ebenso rechtes Gaumensegel. Fixation des rechten Stimmbandes in Adductionsstellung. Es handelt sich um eine Vago-Accessoriuslähmung wahrscheinlich aus peripherer Ursache.

Grabower findet ausserdem eine Hypoglossuslähmung. Für die Kehlkopfinnervation können nur genau im Leben untersuchte und secirte Fälle, in denen auch eine histologische Untersuchung gemacht ist, verwerthet werden.

Holz berichtet über einen Fall von hysterischer Accessoriuslähmung.

Brunck zeigt einen neuen Gesichtsschützer aus Celluloid, der auf den Reflector aufgesteckt wird, und einen neuen Untersuchungs- und Operationsstuhl.

A. Rosenberg: Primärer Kehlkopflupus.

Genauerer Bericht über zwei eigene Fälle, differentielle Diagnostik besonders gegenüber der Tuberculose und Syphilis und einige therapeutische Bemerkungen (erscheint ausführlich im Archiv f. Laryngol.). Discussion wird vertagt.

A. Rosenberg.

---

b) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

47. Sitzung vom 24. April 1907.

Vorsitzender: V. Bremer.
Schriftführer: Soph. Bentzen.

I. E. Schmiegelow: Fall von Tuberculoma laryngis bei einem 15jährigen Mädchen.

Eine diffuse Neubildung an der vorderen Hälfte des rechten Taschenbandes und den angrenzenden Theilen des Stimmbandes und der Epiglottis wurde mittels Landgraf'scher Kürette entfernt und zeigte sich mikroskopisch aus tuberculösem Gewebe bestehend; die Ansatzstelle wurde energisch kauterisirt. Lungenbefund normal.

II. Nörregaard: Demonstration von einem Fall rechtsseitiger Recurrenslähmung, durch eine wahrscheinlich cancröse Oesophagusstrictur verursacht.

Sonst otologische Mittheilungen.

48. (extraordinäre) Sitzung vom 5. September 1907.

Vorsitzender: Bremer.
Schriftführer: P. Tetens Hald.

Es wurde beschlossen, Herrn Geheimrath Prof. Schwartze anlässlich seines 70. Geburtstages eine Adresse zu überreichen.

49. Sitzung vom 23. October 1907.

Nur otologische Mittheilungen.

50. Sitzung vom 20. November 1907.

Vorsitzender: Bremer.
Schriftführer: Soph. Bentzen.

I. Buhl: Krankenvorstellung. Patientin wurde vor einem Jahre hier im Verein vorgestellt. Vorläufige Diagnose: Primärer Lupus der Mundschleimhaut. Seitdem haben drei verschiedene Pathologen die Diagnose Cancer gestellt; trotzdem gelang es, die Affection zum Ausheilen zu bringen.

Mygind hat einen Fall von Geschwür des weichen Gaumens beobachtet, in dem die Mikroskopie Epitheliom ergab; trotzdem heilte die Wunde und Patient blieb später gesund.

II. Gottlieb Kiär: Tumor malignus septi nasi.

An der linken Seite der Nasenscheidewand eines 24jährigen Mannes eine breitbasige, pilzförmige Geschwulst mit höckeriger Oberfläche. Mikroskopie: Tumor malignus, sarcomatosus? Nach energischer Auskratzung ist jetzt, nach 3 Monaten, kein Recidiv aufgetreten.

III. Gottlieb Kiär: Argyrie der Nasenschleimhaut.

Ein 35jähriger Mann hatte sich seit 30 Jahren täglich etwa 25 cg Argentum-Pulver (1 : 20) in die Nase geblasen; die Nasenschleimhaut ebenso wie ein von der mittleren Muschel ausgehender Polyp zeigte eine ausgesprochene dunkle Färbung; mikroskopisch fand man das Silber sehr fein im Gewebe vertheilt, theils in den Zellen, theils in den Zwischenräumen.

IV. Gottlieb Kiär demonstrirte einen von Dr. Wilh. Maar construirten Kehlkopfspiegel, der sich dauernd warm hält, indem sich hinter der Spiegelfläche ein kleiner Platin-Glühdraht befindet, der mit einem Trockenelemente in Verbindung steht.

V. Holger Mygind: Fall von Corpus alienum cavi oris.

17 Monate alter Knabe, der vermeintlich das Mundstück einer Kindertrompete verschluckt hatte; ein Arzt meinte am Tage vor der Aufnahme den Fremdkörper in den Magen hinabgestossen zu haben. Bei der Röntgenaufnahme fand man ihn jedoch in dem Sulcus alveolo-lingualis liegen, tief hineingebohrt, so dass kaum ein ganz kleiner Rand zu sehen war.

VI. E. Schmiegelow: Polypus congenitus cavi pharyngis.

Bei einem 2 Monate altem Kinde fand man eine $5^1/_2$ cm lange, keulenförmige Geschwulst, die vom hinteren Gaumenbogen ausging und bald tief in den Oeso-

phagus hineinging, bald aus dem Munde herausgeschleudert wurde. Es war ein mit Lanugohaaren bekleideter ektodermaler Polyp.

VII. E. Schmiegolow: Fall von multiplen Papillomen im Kehlkopfe.

Bei einem 10jährigen Mädchen wurde eine seit etwa einem Jahre bestehende Heiserkeit als Anzeichen vorhandener Tuberculose angesehen. Sch. constatirte aber in der Commissura anterior recht zahlreiche Papillome, die alsdann in tiefer Chloroformnarkose mittels directer Laryngoskopie entfernt wurden. Die Geschwülste recidivirten und nach wiederholten Eingriffen versuchte man Darreichung von Natricum arsenicum; nach 5 Monaten sind jetzt keine Papillome mehr vorhanden.

Discussion: Mygind, Buhl, Schmiegelow.

51. Sitzung vom 18. December 1907.
Vorsitzender: Bremer.
Schriftführer: P. Tetens Hald.

I. A. Gramstrup: Olfactometrische und odorimetrische Messungen.

G. hat einen Olfacto- und Odorimeter zusammengestellt, mittelst dessen man die vielen verschiedenen Concentrationen desselben Riechstoffes vermeidet, indem man die „Riechluft" beliebig verdünnen kann, bis das Minimum perceptibile erreicht wird. Gleichzeitig theilte G. einige mit einem von ihm construirten Apparat vorgenommene odorimetrische Untersuchungen des Harns mit.

Discussion: Hald, Mygind, Nörregaard.

II. Nörregaard demonstrirte einen wahrscheinlich gutartig gestielten Tumor an der Zunge eines kleinen Mädchens.

III. Zum Vorstand für das kommende Jahr wurden gewählt:
Präsident: Holger Mygind.
Vicepräsident und Schatzmeister: Sophus Bentzen.
Schriftführer: L. Mahler.

Jörgen Möller.

IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Dr. M. Lermoyez (Paris) ist zum correspondirenden Mitglied der Wiener laryngologischen Gesellschaft erwählt worden.

Die Wiener Allgemeine Poliklinik und die Entwickelung der Laryngologie und Rhinologie bei den einzelnen Nationalitäten.

Ein Zusatz.

Meine Aufmerksamkeit ist soeben auf die Thatsache gelenkt worden, dass bei der Aufzählung der österreichischen laryngo-rhinologischen Institute (vgl. Centralblatt, Mainummer, S. 237) der laryngologischen Abtheilung der Wiener Allgemeinen

Poliklinik und ihres verdienstvollen Leiters, Herrn Dr. Hans Koschier, mit keinem Worte gedacht worden ist.

Ich brauche nicht zu versichern, dass die Nichterwähnung des zweitgrössten österreichischen laryngo-rhinologischen Instituts, dessen wissenschaftliche und lehrende Thätigkeit ihm mit Recht einen Weltruf verschafft hat, eine durchaus unabsichtliche und mir selbst sehr peinliche ist und stehe nicht an, mein Versehen so schnell wie möglich gut zu machen, und dem ausgezeichneten Institut, sowie seinem Leiter mein aufrichtiges Bedauern über das Versehen auszusprechen.

Karlsbad, den 18. Juni 1908. J. Sendziak.

XVI. Internationaler medicinischer Congress.

29. August—4. September 1909 in Budapest.

XV. Section: Nasen- und Kehlkopfkrankheiten.

Prés: Prof. Dr. I. de Navratil.
Secr.: Dr. Z. Donogány.

Referate.

Baurowicz (Krakau): Therapie des Skleroms der oberen Luftwege.

Boumann (Amsterdam): S. Zwaardemaker.

Bresgen (Wiesbaden): Heufieber, nervöses Asthma und Schwellung der Nasenschleimhaut.

Burger (Amsterdam): Nasaler Schwindel.

Castex (Paris): Traitement opérativ des tumeurs malignes du nez et du pharynx.

Chiari (Wien): Die Diagnose und Behandlung des Larynxcarcinoms.

Citelli (Catane): Les végétations adénoïdes.

Denker (Erlangen): Die orbitalen Affectionen der Nasen-Nebenhöhlenerkrankungen.

v. Eicken (Freiburg i. Br.): S. Killian.

Gluck (Berlin): Die Diagnose und Behandlung des Larynxcarcinoms.

Grossmann (Wien): Ueber das nasale Asthma.

Hajek (Wien): Erkrankungen des Siebbeinzellenlabyrinthes und der Keilbeinhöhle.

Heryng (Warschau): Die chirurgische Behandlung der Larynxtuberculose.

Killian und v. Eicken (Freiburg i. Br.): Die Leistungen der directen Untersuchungsmethoden.

Kubo (Fukuoka, Japan): Die chirurgische Behandlung der Kehlkopf- und Luftröhren-Stenosen.

Luc (Paris): Complications crâniennes et intracrâniennes des suppurations du sinus frontal.

Massei (Napoli): La pratica chirurgica dell' Larynge tuberculosa.

Moure (Bordeaux): Traitement opératif. des tumeurs malignes du nez et du pharynx.

Sargnon (Lyon): Le traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales.

Schadle (St. Paul, U. S. A.): Hay-fever, asthma and other neuroses of nasal origin.

Schmiegelow (Kopenhagen): Primary malignant disease of the trachea treated by resectio of the trachea.

v. Schrötter (Wien): Therapie des Skleroms der oberen Luftwege.

Semon (London): The diagnosis of the cancer of the larynx.

Uchermann (Christiania): Die chirurgische Behandlung der Kehlkopf- und Luftröhren-Stenosen.

Zwaardemaker (Utrecht) und Boumann (Amsterdam), Experimentelle Phonetik vom medicinischen Standpunkte.

Vorträge.

Broekaert (Gand). — Botey (Barcelone). — Koschier (Wien). — Laurens (Paris). — Raoult (Paris). — Seifert (Würzburg). — Taptas (Constantinople). — Zarniko (Hamburg).

Zur Statistik der laryngologischen Specialjournale.

Die „Zeitschrift für Ohrenheilkunde" wird sich in Zukunft auch mit laryngologischen Fragen befassen. Prof. Killian (Freiburg) hat die Leitung des diesbezüglichen Theiles des Blattes übernommen. (Aus den „Annales des Maladies de l'Oreille etc.).

Vereinigung der Deutschen laryngologischen Gesellschaft und des Vereins Süddeutscher Laryngologen zum Verein Deutscher Laryngologen.

Am 7. und 8. Juni tagte unter dem Vorsitze von Herrn Vohsen, wie bisher in Heidelberg, der Verein süddeutscher Laryngologen; ebendorthin hatte der Vorsitzende, Herr Geh.-Rath Fränkel, die Mitglieder der Deutschen laryngologischen Gesellschaft geladen. In je einer kurzen Geschäftssitzung beider Vereine wurde einstimmig beschlossen, dass die Deutsche laryngologische Gesellschaft in einen Verein deutscher Laryngologen übergeht. Der Verein süddeutscher Laryngologen nimmt, wie ebenfalls einstimmig beschlossen wurde, den Namen „Verein deutscher Laryngologen" an und nimmt die bisher von der Deutschen laryngologischen Gesellschaft vertretene Pflege der Standesinteressen in sein Programm auf. Auf Antrag Herrn Geh.-Rath Fränkel's ging die Verwaltung der Bernhardt Fränkel-Stiftung, die bekanntlich bei Gelegenheit seines 70. Geburtstages begründet wurde, an den Verein deutscher Laryngologen über.

Dieser nahm 24 Aufnahmen von neuen Mitgliedern vor und hat damit etwa 320 Mitglieder; die Präsenzliste zeigte 148 Herren.

Der Vorstand für 1909 setzt sich zusammen: Herr Professor Denker, 1. Vorsitzender, Herr Professor Jurasz, 2. Vorsitzender, Herr Professor Killian, der für 1909 den Verein nach Freiburg einlud, dürfte dort das Lokalcomité vertreten, endlich Herr Neugass, Kassenführer, Herr Blumenfeld, Schriftführer.

(Wir verdanken obige officielle Mittheilung Herrn Collegen Blumenfeld, dem Schriftführer der neuen Vereinigung.)

Dankbarkeit!

Reicher Patient zum Arzt, der ihm soeben mit grosser Schwierigkeit einen Erstickung drohenden Knochen aus dem Kehlkopf entfernt hat: „Wieviel schulde ich Ihnen für die kleine Bemühung, Herr Doctor?"

Arzt: „Ich werde ganz zufrieden sein, wenn sie mir die Hälfte von dem geben wollen, was Sie mir zugedacht haben, als der Knochen noch in Ihrem Halse steckte!"

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, August. 1908. No. 8.

I. Die internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresse.*)

Von Prof. Dr. A. Jurasz in Heidelberg.

M. H.! Der bisherige Verlauf unserer Sitzungen wird wohl in uns allen den Wunsch wachgerufen haben, es möchte nicht das letzte Mal sein, dass wir uns als Laryngologen zusammengefunden, um in die Vorrathskammer unserer Wissenschaft immer neue und reichliche Früchte zu tragen und das weitere Gedeihen der Laryngo-Rhinologie zu fördern. Bei dem sich nahenden Schlusse unserer Tagung ist es also nothwendig, eine Entscheidung zu treffen, ob wir uns wieder zu einem internationalen Laryngo-Rhinologencongresse versammeln oder nicht und wo und wann dies geschehen könne. Wir haben demnach eine geschäftliche Frage von hoher Bedeutung zu erörtern. Als dem Referenten wird es mir nicht leicht, das ganze einschlägige Material in wenigen Worten zusammenzustellen und diese scheinbar einfache Frage nach allen Richtungen hin zu beleuchten. Immerhin will ich mich bemühen, ohne weitschweifig zu sein, die wichtigsten in Betracht kommenden Momente zu berücksichtigen und dadurch die Grundlage für die Berathungen zu schaffen.

Die Geschichte der internationalen Laryngo-Rhinologencongresse beginnt in der Zeit, in welcher die Laryngologie in ihrer raschen Entwickelung bereits so weit vorgeschritten war, dass sie zu den bestcultivirten medicinischen Doctrinen gerechnet und als eine besondere Specialität allgemein anerkannt wurde. Es war im Jahre 1880, als Herr College Labus im Hinblick auf den in Mailand festgesetzten internationalen Otologen- und Ophthalmologencongress an die Halsärzte aller Länder den Aufruf erlassen hatte, sich ebenfalls in der lombardischen Hauptstadt zu einer wissenschaftlichen Zusammenkunft einzufinden. Zahlreiche Fachgenossen von nah und fern entsprachen diesem Rufe und waren von den Resultaten der gemeinsamen Arbeit so befriedigt, dass sie den Beschluss fassten, in

---

*) Vortrag, gehalten auf dem I. Internationalen Laryngo-Rhinologencongresse in Wien 1908, und abgedruckt aus der „Wiener med. Wochenschrift“ No. 24, 1908 mit Genehmigung des Verfassers und der Redaction der W. m. W.



bestimmten Zeitabschnitten weitere derartige Tagungen zu veranstalten. Allein schon die zweite, für das Jahr 1882 in Paris vorgesehene Versammlung kam nicht mehr zu Stande, da inzwischen im Jahre 1881 auf dem VII. allgemeinen internationalen medicinischen Congresse in London eine besondere laryngologische Section, freilich nur in der bescheidenen Form einer Subsection der inneren Medicin, eingerichtet wurde und sich auf diese Weise den Laryngologen die günstige Gelegenheit darbot, bei ihren Congressen in directe Fühlung mit den übrigen medicinischen Zweigen zu treten. Die überraschend grosse Betheiligung der Laryngologen in London, die Menge von anregenden Vorträgen, Discussionen und Demonstrationen und der überaus glänzende Verlauf der Verhandlungen erweckten die Zuversicht, dass der Fortbestand einer selbstständigen laryngologischen Section auf den allgemeinen internationalen Congressen für die Zukunft gesichert und deshalb die Abhaltung von Sondercongressen überflüssig sein werde.

Diese Zuversicht erwies sich jedoch als trügerisch. Denn wenn auch den Laryngologen auf den internationalen Congressen in Kopenhagen, Washington, Berlin, Rom und Moskau thatsächlich eine eigene Section zugestanden wurde, so geschah dies keineswegs immer mit der erwarteten Bereitwilligkeit und dem gebührenden Entgegenkommen von Seite der Organisationscomités. Schon in Kopenhagen, dann in Washington und später in Rom wollte man aus kleinlichen, localen, selbst persönlichen Gründen die Laryngologie mit der Otologie vereinigen und in Moskau sollten die Laryngologen mit den Zahnärzten eine Gruppe bilden. Auf die lauten Proteste, welche sich dagegen erhoben, nahmen zwar die betreffenden Geschäftsführer von ihrem Vorhaben Abstand, aber das Bestreben, der Laryngologie eine Gleichstellung mit anderen Specialitäten zu verweigern, tauchte auf den weiteren Congressen immer wieder von Neuem auf. In Paris und Madrid wiederholten sich dieselben Versuche und nur mit Mühe gelang es, die Verschmelzung der laryngologischen und otologischen Sectionen zu verhindern. Endlich auf dem letzten Congresse in Lissabon im Jahre 1906 spitzte sich diese Angelegenheit zu einer Krise zu. Das Lissaboner Organisationscomité lehnte die Bildung einer laryngologischen Abtheilung rundweg ab und da es sich weder durch Unterhandlungen noch Vorstellungen auch aus nichtlaryngologischen Kreisen (Waldeyer, Posner) bewegen liess, diese Ablehnung rückgängig zu machen, so sahen sich die Laryngologen genöthigt, zum äussersten Mittel ihre Zuflucht zu nehmen; sie blieben dem Congresse fern.

Es würde zu weit führen, wollten wir diesem nur kurz skizzirten historischen Rückblick nähere Bemerkungen anfügen, wie sich der Anschluss der Laryngologenzusammenkünfte an die internationalen medicinischen Congresse während eines Zeitraumes von 25 Jahren zu einer nahezu ununterbrochenen Leidensgeschichte gestaltete und wie ferner die Laryngologie den ihr aufgedrungenen Kampf mit seltener Geduld und Ausdauer nur zu dem Zwecke fortsetzte, um ihre wissenschaftliche Stellung zu wahren, in unmittelbarer Beziehung mit der gesammten Medicin zu bleiben und diejenigen Rechte, welche man anderen Specialfächern eingeräumt hatte, zu erlangen. Eines dürfen wir aber an dieser Stelle nicht unerwähnt lassen, das sind die uns allen bekannten grossen Verdienste, die sich in diesem Kampfe einige Fachgenossen, namentlich Felix Semon und Bern-

hard Fränkel, erworben haben. Ich glaube im Sinne aller Laryngologen zu handeln, wenn ich hier diesen Herren für ihre Aufopferung und ihre eifrigen Bemühungen öffentlich die vollste Anerkennung und den herzlichsten Dank ausspreche. Mit Freude gedenken wir dabei der günstigen Resultate, die wir mit ihrer Hülfe errungen, und mit Bedauern der Zwangslage, in welcher wir zuletzt die Waffen haben strecken müssen. Wir sind einer Force majeure unterlegen, die sich auch sonst im Leben den klarsten und triftigsten Argumenten häufig genug als unzugänglich erweist.

Nach den bitteren Erfahrungen, die wir gesammelt haben, läge es wohl am nächsten, alle Verbindungen mit den allgemeinen internationalen Congressen gänzlich zu lösen und uns dadurch von der Gnade der Organisationscomités für immer zu befreien. Allein das Entgegenkommen, welches uns für den nächsten bevorstehenden Congress in Budapest durch die versprochene Bewilligung einer eigenen Section zu Theil wurde, giebt den Anlass, zu überlegen, ob wir den radicalen Weg einschlagen sollen oder nicht. Politisch wäre es zwar nicht, die uns freundlich entgegengestreckte Hand zurückzuweisen und endgültig alle noch möglichen Brücken der Verständigung niederzureissen, practisch aber wäre durch die Annahme des Anerbietens noch lange nicht die ersehnte Stabilität unserer unabhängigen Section erreicht und die Gefahr etwaiger Conflicte in der Zukunft beseitigt. Hat man uns doch in Berlin eine eigene Abtheilung ohne irgend welche Schikanen zugebilligt und trotzdem dieselbe auf den darauffolgenden Congressen wieder verweigert. So erfreulich also auch die Thatsache ist, dass das Budapester Organisationscomité unseren Anforderungen keine Hindernisse in den Weg legen will, so begründet ist die Befürchtung, dass man uns später in dieselbe Lage, wie die jetzige, versetzen kann. Andererseits ist nicht zu leugnen, dass ein eventueller Beschluss, dem Budapester Congresse fernzubleiben, sich dadurch bitter rächen kann, dass nur durch unsere Schuld eine vereinigte oto-laryngologische Section zu einer dauernden Institution der internationalen Congresse erhoben wird. Dieses Problem wäre vielleicht in der Weise zu lösen, dass wir uns in Budapest versammeln, dabei aber dem Beispiele anderer Specialisten folgen, die neben ihren eigenen Sectionen auf den allgemeinen Congressen ihre regelmässigen Sondercongresse abhalten. Anknüpfend an das Jahr 1880 und an die jetzige Tagung könnten wir demnach weitere internationale Laryngo-Rhinologencongresse einberufen, unbekümmert darum, welchen weiteren Lauf unsere Angelegenheit auf den allgemeinen Congressen nehmen wird. Dieser Schritt würde uns auf keinen Fall Verlegenheiten bereiten, vielmehr unsere Selbstständigkeit documentiren und voraussichtlich auch die allgemeinen Congresse von ferneren Rücksichtslosigkeiten abhalten.

Alles das sind höchst wichtige Fragen, die eine gewissenhafte Prüfung erfordern; sie berühren aber noch nicht den wichtigsten Punkt, nämlich den schweren Conflict der in unserer Mitte ausgebrochen ist und der am meisten ins Gewicht fällt, weil er neben der Congressfrage tief in die Existenzbedingungen der Laryngologie eingreift. Eine junge Generation von Hals- und Ohrenärzten ist herangewachsen, welche die Laryngologie und die Otologie zuerst in der Praxis vereinigt hat und in letzter Zeit auf vollständige Verschmelzung beider Fächer

auch in der Wissenschaft und auf dem Gebiete des Congresswesens stürmisch hinarbeitet. Bereits in den letzten Phasen des Kampfes in Lissabon hat sich diese Bewegung unliebsam bemerkbar gemacht, da sie mit dazu beigetragen hat, die schwierige Stellung der um ihre begründeten Ansprüche ringenden Laryngologen zu erschüttern und zu schwächen. Denn als es im Jahre 1905 darauf ankam, festzustellen, welche Stimmung unter den Interessenten herrsche, zeigte es sich schon damals, dass sich für die Trennung der laryngologischen und otologischen Sectionen auf den internationalen Congressen nur in Deutschland, England und Oesterreich-Ungarn eine Majorität, dagegen in Frankreich, Belgien, Italien, Spanien und Holland eine verschwindende Minorität gefunden hat. Niemand wird behaupten, dass sich diese Verhältnisse in den letzten Jahren zu Gunsten der Laryngologie gebessert haben. Sie haben sich insofern verschlechtert, als auch ein sehr grosser Theil der Otologen dieser Allianz als einem wünschenswerthen Ereignisse freudig entgegensieht.

Unsere actuelle Frage hat mithin eine wesentliche Verschiebung erfahren und ist insofern complicirter geworden, als zu den äusseren Verwickelungen auch noch innere Differenzen hinzugetreten sind. Vor allem müssen die letzteren den Gegenstand unserer Berathungen bilden, da sie von ungleich grösserer Tragweite sind als jene. Wenn nämlich ein grosser Theil der Unseren auf die Verschmelzung der Laryngologie und Otologie auch auf den internationalen Congressen drängt und dadurch diesen wichtigen Posten, auf dem die vitalen Interessen unserer Specialität einen Rückhalt finden, aufgeben will, so erscheint es wohl dringend geboten, dass wir, ehe wir diesen Schritt thun, uns darüber klar werden, ob er in seinen Motiven berechtigt ist oder nicht und namentlich ob er in seinen Folgen für unsere Doctrin Gewinn oder Verlust nach sich zieht.

Der Umstand, dass der practische Halsarzt auch Otologie und der Ohrenarzt auch die Laryngologie betreibt, ist für die Fragen, die uns hier beschäftigen, nur von geringer Bedeutung. Es ist dies eine rein wirthschaftliche Angelegenheit, die sich erklärt aus der beispiellos raschen Entwickelung der Laryngologie und Otologie, aus dem schnellen und immer stärkeren Andrang der jungen Aerzte zu diesen Specialitäten und dem daraus hervorgegangenen Ueberwiegen des Angebotes gegenüber der Nachfrage und endlich aus der stets wachsenden Concurrenz, die zu einer Verbindung beider Fächer in der Praxis führte. Diese Verbindung hat bereits eine Tradition hinter sich und ist im breiten Publicum ganz populär geworden. Derselben Combination begegnen wir auch auf den Universitäten. Auch hier macht sich die Neigung geltend, die beiden Specialitäten in einer Hand zu vereinigen und durch einen Docenten vertreten zu lassen. Und wiederum sind es vorwiegend ökonomische Gründe, die ausschlaggebend sind und die man vom Standpunkte der Regierungen aus begreiflich findet. Um so mehr aber unbegreiflich und vom rein wissenschaftlichen Standpunkte zu bedauern ist es, dass vielfach die Facultäten in völliger Verkennung ihres eigenen Interesses dieser Bestrebung Sympathie entgegenbringen, dass sie oft nur aus persönlichen Gründen oder, wie dies von Alters her Sitte ist, aus Furcht vor Zersplitterung jedem neu aufstrebenden oder selbst blühenden Zweige der Wissenschaft Schwierigkeiten in den Weg legen und die Selbstständigkeit der einzelnen Doctrinen zu

verhindern oder wenigstens zu verzögern suchen. Jeder von uns, dem in seiner Specialität die Liebe zur Sache und die Wissenschaft höher steht, als practische und wirthschaftliche Erwägungen, muss zugeben, dass sowohl die Laryngologie als auch die Otologie nicht den halben, sondern den ganzen Mann verlangt und dass es wohl nur wenige giebt, die auf dem einen und dem anderen Gebiete zugleich wirklich Bedeutendes leisten. Wenn also bei unseren heutigen Verhandlungen darauf hingewiesen werden sollte, dass das, was die Praxis und die Universität schon verkoppelt haben oder noch in grösserem Maasse zu verkoppeln suchen, auch auf den Congressen nicht zu trennen sei, so ist dieser Grund nicht als stichhaltig anzusehen.

Mit grosser Betonung wird weiter ein anderes Moment hervorgehoben, nämlich die ganz nahe Verwandtschaft beider Fächer. Es ist eigenthümlich und höchst merkwürdig, dass diese Verwandtschaft der Laryngologen und Otologen sehr lange Zeit hindurch vollkommen unbekannt geblieben, erst in den letzten Decennien entdeckt und dann gleich urbi et orbi laut proclamirt worden ist. Allerdings stehen sie in Beziehung zu einander durch ein Grenzgebiet, wollte man aber daraus eine nahe Verwandtschaft herleiten, so müsste eine solche ebenso gut zwischen den Laryngologen und Ophthalmologen vorhanden sein. Und dies ist bis jetzt noch niemals behauptet worden.

Aus dem Gesagten ergiebt sich also keineswegs die zwingende Nothwendigkeit, die Laryngologie mit der Otologie auf den internationalen Congressen zu vereinigen. Noch viel weniger kann man sich für diese Vereinigung erwärmen, wenn man ihre Schattenseiten näher ins Auge fasst.

Auf den meisten bisherigen allgemeinen internationalen medicinischen Congressen zeigte es sich, dass die laryngologische Section eher an einem Ueberfluss als an einem Mangel von angemeldeten Vorträgen gelitten hat. Gewöhnlich reichte die Zeit kaum aus, um mit dem Material fertig zu werden; oft bedingte die vollständige Erledigung des Programms eine Hast, die von den Theilnehmern unangenehm empfunden und lebhaft bedauert wurde. Ueber dieselben Verhältnisse können auch die Otologen berichten. Was soll daraus werden, wenn das Material, welches zwei Sectionen in einer bestimmten Zeit voll beschäftigte, in einer Section und in derselben Zeit verarbeitet werden soll? Wird da nicht die Arbeit weniger gründlich und vor allem überstürzt ausfallen und sich ihr Niveau abflachen müssen? Werden demnach nicht beide Specialitäten Noth leiden oder, wenn die eine bevorzugt wird, die andere zu kurz wegkommen? Wird nicht im letzteren Falle die Laryngologie es sein, welche die Rolle des Aschenbrödels spielen wird? — Und wenn der Nutzen der Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie in eine Section darin liegen soll, dass der practische Laryngo-Otologe gleichmässig und bequem seine Kenntnisse auf beiden Gebieten bereichern und erweitern kann, wie soll er sein Ziel erreichen — in Sitzungen, die den Stempel der Eile und der Einseitigkeit an sich tragen?

Es ist leider in einem kurzen Referate unmöglich, das „Für“ und „Wider“ der ganzen Congressangelegenheit breit und erschöpfend zu illustriren. Nachdem ich mich nur auf die wichtigsten Punkte beschränkt habe in der Erwartung, dass die gegenseitige Aussprache, sei es hier, sei es in einer etwa zu wählenden Kom-

mission, noch eine Reihe von Ergänzungen bringen wird, möchte ich zum Schlusse noch auf unsere jetzige Zusammenkunft als einen Factor hindeuten, der geeignet sein dürfte, im Sinne der obigen Ausführungen auf uns alle einen versöhnenden Einfluss auszuüben.

Niemand kann bestreiten, dass auch auf diesem Congresse eine redliche wissenschaftliche Arbeit geleistet worden ist und wir allen Grund haben werden, uns über die reiche Ernte unserer Tagung zu freuen. Die Laryngologie hat der ganzen Welt einen neuen Beweis ihres vollen Aufstrebens, ihrer Lebenskraft und ihrer Leistungsfähigkeit erbracht! Damit ist ein neuer und wichtiger Anhaltspunkt gewonnen, um die brennende Congressfrage nicht vom kleinlichen, materiellen oder gar persönlichen, sondern vom idealen und wissenschaftlichen Standpunkte einer definitiven Lösung entgegenzuführen. Mögen unsere heutigen Berathungen im Geiste der Begründer der Laryngologie, zu deren Gedenkfeier wir uns hier vereinigt haben, ihren Gang nehmen und mögen wir dessen eingedenk sein, dass sich jetzt der bekannte, entsprechend modificirte Ausspruch auch auf uns bezieht:

Videant consules, ne quid detrimenti respublica laryngologica capiat!

II. Rückblicke auf den I. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress.

Wien, 21. bis 25. April 1908.

(Schluss.)

Es erübrigt noch, auf die beiden Discussionen über „Die Laryngologie und Rhinologie vom allgemein-medicinischen Standpunkt, Unterricht und Prüfung in diesen Fächern in den verschiedenen Staaten" und über „Internationale Laryngologencongresse" einzugehen.

Die erste dieser Fragen wurde von den beiden Referenten, B. Fränkel und Lermoyez, in völlig verschiedener Weise aufgefasst. Fränkel gab — wie dies wohl von dem vorbereitenden Comité beabsichtigt worden war — ein Bild von dem gegenwärtigen Stande des Unterrichts und der Prüfungen in diesen Fächern in einigen der grössten Culturstaaten; Lermoyez griff diejenigen Fortschritte in beiden Gebieten heraus, die seiner Auffassung nach den einzelnen Perioden des ersten halben Jahrhunderts des Bestehens wissenschaftlicher Laryngologie und Rhinologie ihren Stempel aufgedrückt hatten. So aufmerksam die Versammlung beiden Vorträgen folgte, so wenig wollte sich eine fruchtbringende Discussion gestalten. Es ist nicht das erste Mal, dass Schreiber dieser Zeilen mit tiefem Bedauern constatirt hat, dass es in unserer Specialität, ebenso wie in der Medicin im Allgemeinen leider noch immer an Interesse für die politische und sociale Stellung unserer Faches mangelt. Wie wenig Gebrauch ist in den 24 Jahren des Bestehens des Centralblatts von dem Briefkasten für die Discussion von Standesfragen gemacht worden, obwohl immer und immer wieder zu einer

solchen eingeladen worden ist! — Wie wenig beschäftigen sich die Specialgesellschaften und auch die Mehrzahl der Specialjournale mit solchen! — Auch diesmal wieder ertönte aus der Mitte der Versammlung der Ruf, wir seien zur Besprechung wissenschaftlicher Fragen, nicht socialpolitischer zusammengekommen. — Als ob es nicht zum Gedeihen der Wissenschaft, zur Förderung des Unterrichts, zur Hebung der Stellung unserer Specialität im Rahmen der Gesammtmedicin von höchster Bedeutung wäre, dass wir uns über unseren Entwickelungsgang unter einander verständigten! — Ich halte es für äusserst dankenswerth, dass das vorbereitende Comité des Wiener Congresses diese Frage auf die Tagesordnung gesetzt hatte. Es ist nicht nur wünschenswerth, es ist direct nothwendig, dass wir nach längerer Pause bei einer solchen seltenen internationalen Gelegenheit aus competentem Munde erfahren, wo wir augenblicklich stehen, in welcher Richtung wir weiter streben sollen, von welcher Seite her Gefahren für die gesunde Entwickelung unseres Faches drohen. Das war in dem Fränkel'schen Referat m. E. voll realisirt und in klarer und gemässigter Form zum Ausdruck gebracht worden. Der Schluss der Rede verdient es, hier wörtlich wiedergegeben zu werden*):

> „Vielfach tritt das Streben hervor, die Laryngologie mit der Otiatrie zu verschmelzen. Manche äusseren Gründe sprechen hierfür. Unter den Specialisten nehmen die Ohren- und Halsärzte die höchste Anzahl für sich in Anspruch. Die vereinten beiden Specialitäten geben im Kampfe ums Dasein ein besseres Rüstzeug ab, als jede einzelne. Auch scheint es, als wenn Professoren, die beide Fächer lehren, leichter die höchste Staffel der academischen Würde, die ordentliche Professur, erreichten. Freilich muss sich eine weitschauende Universitätspolitik fragen, ob der vermehrte Eintritt von Specialisten in die Facultät wünschenswerth ist, da die Gefahr entstehen kann, dass die allgemeinen Gesichtspunkte dieser Körperschaft von den Kirchthumsinteressen der verschiedenen Disciplinen einigermaassen geschädigt werden könnten. Gegenüber den äusseren Bedingungen, die eine Vereinigung der beiden Fächer befürworten könnten, muss aber betont werden, dass sie sachlich durchaus verschieden sind. Die beiden Disciplinen sind verschiedenen Ursprungs und in ihrer angeborenen Grundfarbe verschieden. Selbst in dem gemeinsamen Bereich, bei der Nase, reden die Lehrbücher der Otologen einen anderen Dialect, als die der Laryngologen. Wer Grosses will, muss sich zusammenraffen; in der Beschränkung zeigt sich erst der Meister! Die Otiatrie mit der Laryngologie vereint, würde aber ein Gebiet ausmachen, welches kaum mehr als eine Specialität betrachtet werden könnte. Von den Sinus des Gehirns über das Ohr und die Nase mit ihren Nebenhöhlen hinweg, den Mund, Schlund und Oesophagus, den Kehlkopf, die Trachea und Bronchien umfassen und in allen diesen Organen sowohl als Chirurg wie als innerer Mediciner wirken, wer das kann, ist nicht mehr ein Specialist! Für die Laryngologie ist dabei die Gefahr vorhanden, dass sie allmählich zu einem Nebenfach der Otiatrie herabsinkt. Dagegen müssen wir sie schützen, und das werden wir am besten können, wenn

*) Nach dem Bericht in der „N. Fr. Pr." 22. April 1908.

wir fortfahren, auf unserem Gebiet wissenschaftlich zu arbeiten. Umgeben wir die Burg der Laryngologie mit einem dichten Pallisadenwall wissenschaftlicher Arbeiten, und sie wird uneinnehmbar sein!"

Wie schon in Wien, so möchte ich mich hier noch einmal mit jedem dieser trefflichen Worte einverstanden erklären. Die Wahrheit derselben scheint mir völlig unbestreitbar, und ist auch in der Discussion selbst kaum ernsthaft angefochten worden. Gewiss hat die Rhinolaryngologie mit den verschiedensten anderen Zweigen der Medicin, und so auch mit der Otologie, zahlreiche Berührungspunkte, und wie andere Collegen, so habe auch ich immer und immer wieder auf die Nothwendigkeit hingewiesen, unser Specialfach in innigem Zusammenhang mit ihnen und mit der allgemeinen Medicin zu halten; wenn aber die Existenz von solchen Berührungspunkten neuerdings die Forderung in sich schliesst, sämmtliche berührten Gebiete unserem Specialfach anzugliedern, so hört dabei, wie ich schon im Jahre 1899 in diesem Blatte hervorgehoben habe (Bd. XV, S. 338), und wie es Fränkel jetzt wieder nachdrücklich mit specieller Bezugnahme auf die Otologie betont, der Specialismus überhaupt auf! — Der Specialismus in der Medicin, der vom idealen Gesichtspunkt überhaupt nichts als ein nothwendiges Uebel ist, erhält practisch m. E. nur dadurch eine Berechtigung, dass die Cultivirung gewisser Gebiete eine besondere, nur durch längere Erlernung erreichbare Fertigkeit verlangt, welche es ihrem Inhaber ermöglicht, gewisse Dinge besser zu thun, als dies jemand kann, der sich nur gelegentlich mit diesen Dingen beschäftigt. — Von diesem Standpunkt aus ist die wissenschaftliche und practische Berechtigung der Rhinolaryngologie als einer selbstständigen Specialität unantastbar, da sie zu ihrer diagnostischen und therapeutischen Beherrschung ein Maass technischen Könnens erfordert, das nur durch längere Ausbildung erreicht, nur durch stete Fortbildung auf der Höhe erhalten werden kann. Stellt man aber nunmehr die weitere Forderung, dass der Rhinolaryngologe dasselbe Wissen und Können auf allen Gebieten besitze, mit denen ihn seine Beschäftigung gelegentlich in Berührung bringt, und dass alle diese Gebiete dem seinen im Unterricht, im Examen, in der Praxis, in der Besetzung von Lehrstühlen, in den Specialgesellschaften und in den Specialjournalen angegliedert werden müssen, so ist ohne Weiteres ersichtlich, dass der Begriff des Specialismus ad absurdum reducirt wird! — Fränkel hat dies in den oben citirten Worten sehr hübsch in Bezug auf die Otologie ausgeführt: gelten dieselben aber nicht auch in gleichem oder annähernd gleichem Maasse für die innere Medicin, die Chirurgie, die Ophthalmologie — bezüglich welcher sich in neuerer Zeit ganz ähnliche Tendenzen kundgeben, als das Bestreben, die Laryngologie mit der Otiatrie zu verschmelzen —, die Neurologie, die Dermatologie, die Pädiatrie, die Odontologie, welche doch sämmtlich mit der Rhinolaryngologie eine grosse Anzahl inniger Berührungspunkte besitzen? — Wird irgend jemand verlangen, dass der Laryngolog auch „Specialist" für alle diese Fächer sei, oder dass die Professur für Laryngo-Rhinologie mit derjenigen für Ophthalmologie als „innerlich nothwendig zusammengehörig" verschmolzen werden müsse, oder dass die bisher getrennt bestehenden Specialgesellschaften und Specialjournale beider Fächer mit einander amalgamirt werden sollen? — Logisch aber ist das eine ganze directe

Folge des ungestümen Verlangens, die Laryngologie mit der Otiatrie zu verschmelzen.

Und wo sind denn, so frage ich heute, wie schon wiederholt früher, die wissenschaftlichen Gründe, welche dieses Verlangen rechtfertigen? Ich habe wiederholt sorgfältig verschiedene Ausführungen gelesen, welche dasselbe wissenschaftlich zu begründen versuchten, ich habe mich aber beim besten Willen nicht von ihrer Stichhaltigkeit überzeugen können. Jetzt, in Wien, habe ich während der ganzen Dauer des Congresses mit Interesse auf ein Argument gewartet, welches die Nothwendigkeit oder selbst nur die wissenschaftlichen Vortheile der Verschmelzung unwiderleglich darthäte: kein solches ist gegeben worden! —

Ich möchte die vorstehenden Betrachtungen noch einmal der ernstlichen Erwägung meiner Fachgenossen unterbreiten. Sie verdienen eine solche. Nicht dass ich irgend ein Wort gegen die Verbindung beider Specialitäten in der Privatpraxis zu sagen hätte. Mag doch dort jeder thun, was er beliebt. Ebensowenig wird etwas dagegen einzuwenden sein, wenn bei kleineren Zusammenkünften und bei geringerem Material eine combinirte Section für die Laryngo-Rhino-Otologie eingerichtet wird, oder wenn an kleineren Universitäten, wo weder die Mittel für das Bestehen zweier unabhängiger Kliniken, einer laryngo-rhinologischen und einer otiatrischen, ausreichen, noch genügendes Material vorhanden ist, der Lehrauftrag für beide Fächer in eine Hand gelegt wird. Das alles sind Zweckmässigkeitsgründe, die nicht von der Hand zu weisen sind. Wogegen ich und meine Gesinnungsgenossen uns auflehnen, ist nur die — unserer ehrlichen Ueberzeugung nach wissenschaftlich nicht berechtigte — Behauptung, dass die Laryngo-Rhinologie und die Otiatrie innerlich und nothwendig zusammengehören, und die principielle Forderung, dass dieselben beim Unterricht, bei den Prüfungen und bei grösseren, speciell bei internationalen Zusammenkünften mit einander verschmolzen werden sollen. Für die Berechtigung dieser Behauptung und dieser Forderung ist niemals ein zwingender Beweis gegeben worden, und der Wiener Congress hat einen solchen sicherlich nicht erbracht.

Wohl aber hat er dieser Frage treffliche Dienste geleistet, indem er erstens die Bedenklichkeit einer zu weiten Ausdehnung unserer Specialität in helles Licht gerückt hat, zweitens die nichts weniger als theoretische Gefahr klar präcisirt hat, dass bei einer Verwirklichung der Verschmelzungsgelüste die Laryngologie, die völlig unabhängig von der Otiatrie entstanden ist und sich so schön entwickelt hat, zu einem Nebenfach derselben herabsinken könnte, und indem er drittens und vor allen Dingen den unwiderleglichen practischen Beweis geliefert hat, wie unzweckmässig es bei diesen grossen internationalen Zusammenkünften wäre, die beiden Specialitäten in einen Specialcongress, resp. in eine Section zu verschmelzen. Denn wie in unseren Berichten gezeigt, ist es uns trotz harter, langer Arbeit, trotz bedeutender Beschränkung der den Rednern zugemessenen Zeit auch nicht annähernd gelungen, das angemeldete Material zu erledigen. Wie hätte es erst werden sollen, wenn der Congress beiden Fächern gewidmet gewesen wäre und die jedem derselben zugewiesene Zeit dadurch auf die Hälfte der zu Gebote stehenden Frist hätte reducirt werden müssen? —

Dies Argument, das selbst von den Fusionsfreunden schon früher als

berechtigt anerkannt worden ist, erwies sich in Wien als so unwiderleglich, dass von keiner Seite auch nur der Versuch gemacht wurde, dafür einzutreten, dass bei weiteren internationalen laryngo-rhinologischen Congressen die Otologie angegliedert werden sollte. Es fiel damit eine der grössten Schwierigkeiten in der Erledigung dieser complicirten Frage, der letzten, die uns in diesem Rückblick beschäftigen soll.

Der vorzügliche Vortrag Prof. Jurasz's klärte die Situation dahin, dass nunmehr einfach zu entscheiden war, ob weitere specielle laryngo-rhinologische Congresse stattfinden sollten oder nicht.

Unter dem starken Eindruck des eben erzielten Erfolges schien es fast selbstverständlich, dass diese Frage bejahend beantwortet werden würde, und in der That liess sich keine gegentheilige Stimme vernehmen. Dagegen verschloss die Versammlung sich nicht der Erkenntniss, dass die Abhaltung weiterer unabhängiger internationaler laryngo-rhinologischer Congresse in Folge des Mangels an Continuität in der Organisation der allgemeinen internationalen medicinischen Congresse und deren Beziehungen zu unserer Specialität beträchtlichen technischen Schwierigkeiten begegnen würde. In der Discussion über den Jurasz'schen Vortrag resümirte ich diese Schwierigkeiten, die ich bereits in der Aprilnummer dieses Jahres präcisirt hatte (S. 157), kurz folgendermaassen:

Angenommen, die allgemeinen Congresse würden auch in Zukunft, wie bisher, einmal alle drei Jahre abgehalten, und angenommen, dass bei denselben in Zukunft der Rhinolaryngologie widerspruchslos die Stellung einer vollen, unabhängigen Section eingeräumt würde, so schiene es mir weder nothwendig noch wünschenswerth, dass weitere unabhängige internationale Specialcongresse für Rhinolaryngologie stattfänden. Denn einerseits könne kein Zweifel darüber bestehen, dass es ebenso in den Interessen der Gesammtmedicin, wie in denen der Rhinolaryngologie läge, dass letztere stets in innigem Zusammenhange mit der Mutterwissenschaft bliebe; zweitens reiche eine sich alle drei Jahre wiederholende internationale Zusammenkunft, wie sie bei Erfüllung obiger Voraussetzung in Gestalt der rhinolaryngologischen Sectionen der allgemeinen Congresse gegeben sei, für unsere Zwecke völlig aus; drittens sei, bei Bestehenbleiben des gegenwärtigen dreijährigen Turnus der allgemeinen internationalen Congresse, nicht abzusehen, zu welchen Zeiten die internationalen laryngologischen Specialcongresse abgehalten werden könnten, ohne dass die beiden Veranstaltungen einander empfindlich schädigten.

Angenommen andererseits, dass es gelänge — wie dies vielerseits gewünscht würde —, die allgemeinen internationalen Congresse statt alle drei Jahre nur alle vier Jahre tagen zu lassen, und dass bei diesen Congressen der Rhinolaryngologie die ihr gebührende Stellung eingeräumt würde, so würde man sich nur darüber schlüssig zu machen haben, ob eine solche, alle vier Jahre sich wiederholende Zusammenkunft genüge, oder ob ausserdem noch laryngologische Specialcongresse abzuhalten seien. Würde letzteres beschlossen, so würde keine Schwierigkeit entstehen, indem die Specialcongresse auch einmal alle 4 Jahre, und zwar je zwei Jahre nach Abhaltung eines allgemeinen Congresses tagen könnten.

Angenommen endlich, dass bei dem bedauerlichen Mangel an Continuität in den Principien der allgemeinen internationalen Congresse nach dem nächsten derselben, dem Budapester, der Laryngologie wieder eine neue Schwierigkeit bezüglich der Gewährung einer ihrer würdigen unabhängigen Stellung gemacht werden sollte, so sei es nunmehr, wo die Versammlung ihre Zustimmung zur Abhaltung weiterer internationaler laryngologischer Specialcongresse gegeben habe, leicht, solchen Schwierigkeiten entgegenzutreten: man würde einfach darauf verzichten, sich eine Stellung bei dem betreffenden internationalen Congress zu erkämpfen, und statt dessen einen internationalen rhinolaryngologischen Specialcongress abhalten. Jedenfalls besässen wir nunmehr eine Waffe, um den willkürlichen Entscheidungen jedes beliebigen Organisationscomités der allgemeinen Congresse kurz und gut die Spitze abzubrechen: entweder eine volle unabhängige Section für die Rhinolaryngologie im Rahmen des allgemeinen Congresses, oder Nichtbesuch desselben seitens unserer Fachgenossen und Abhaltung eines internationalen Specialcongresses! —

Da es unmöglich sei vorauszusehen, wie die Würfel fallen würden, so bat ich die Versammlung, von einem definitiven Beschluss abzusehen und ein kleines internationales Comité zu wählen, dem die weiteren Schritte, respective die Einberufung eines weiteren Specialcongresses in 4—5 Jahren anzuvertrauen seien. Diesem Antrage wurde, wie schon in der Mainummer mitgetheilt, allseitig zugestimmt, das von mir vorgeschlagene Comité erwählt und mir die Einberufung desselben überlassen.

Ich beabsichtige nunmehr, das weitere Vorgehen vollständig von der Entwickelung der Dinge in den allgemeinen Congressen abhängig zu machen. Sollten dieselben, wie bisher, alle drei Jahre tagen und sollte das Organisationscomité des dem Budapester folgenden Congresses den Rhinolaryngologen freiwillig die Stellung einer vollen unabhängigen Section zudecretiren, so würde ich die mir anvertraute Aufgabe so auffassen, dass den Interessen unseres Specialfaches am besten dadurch gedient sei, dass wir die Einberufung eines weiteren Specialcongresses vorläufig unterliessen.

Sollte bei dem Budapester Congresse der Antrag durchgehen, dass die allgemeinen Congresse in Zukunft nur einmal alle vier Jahre tagen, so würde ich unserem Comité die Frage unterbreiten, ob dasselbe es für genügend hielte, dass die Laryngologen nur einmal alle vier Jahre in der laryngo-rhinologischen Section der internationalen allgemeinen Congresse zusammenkämen, oder ob ausserdem noch, zwei Jahre nach dem Budapester Congress, ein internationaler Laryngologencongress abzuhalten sei.

Sollte, drittens, das Organisationscomité des dem Budapester folgenden allgemeinen Congresses der Rhinolaryngologie eine unerwünschte Amalgamirung mit anderen Specialfächern oder eine untergeordnete Position zumuthen, so würde ich ohne weitere Versuche, diesen Entschluss rückgängig zu machen, das Comité einberufen, um dasselbe den Zeitpunkt und den Ort des nächsten internationalen laryngo-rhinologischen Specialcongresses bestimmen zu lassen.

Ich hoffe, dass diese Auffassung meiner Aufgabe die Zustimmung meiner Fachgenossen finden wird, stelle aber gern den Briefkasten des Centralblatts für

weitere Discussion dieser Frage, sowie überhaupt für Erörterung aller in diesem Artikel berührten Punkte zur Verfügung.

Sollte die Einberufung eines weiteren Specialcongresses nothwendig oder wünschenswerth werden, so ist vorauszusehen, dass die Wahl des nächsten Versammlungsortes auf Schwierigkeiten stossen wird. Unsere Wiener Collegen haben es uns schwer gemacht, ihnen würdig zu folgen! — Alles vereinte sich, um den eben verflossenen Congress zu einem Ereigniss ganz ungewöhnlicher Art zu gestalten: Die Jubiläumsfeier des 50jährigen Bestehens der klinischen Laryngologie, die mit dem Congress verbundene Türck-Czermak-Gedenkfeier, der Umstand, dass Wien die Wiege unserer Specialität gewesen ist, die Anziehungskraft der schönen Stadt, die vorzügliche Organisation seitens des vorbereitenden Comité's, das Präsidialtalent des Vorsitzenden, die Gastfreundschaft der Wiener laryngologischen Gesellschaft, die hohe Protection, die dem Congress zu Theil ward, die Liberalität, mit der die kostspielige Veranstaltung von den verschiedensten Staatsbehörden, von der Universität, von den Vertretern der Stadt, von Privaten gefördert wurde! — Da ist es schwer, nachzuthun! —

Aber, welcher Ort auch schliesslich gewählt werden möge, und wenn auch — wie dies nur natürlich ist — die nächste Zusammenkunft an äusserem Glanz hinter dem Wiener Congress zurückstehen sollte, die Arbeitsfreudigkeit der Laryngologen wird die gleiche sein. Und das ist doch schliesslich die Hauptsache. In der Arbeit müssen wir den Mittelpunkt unserer Zusammenkünfte suchen! —

Felix Semon.

III. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente, Instrumente.

1) **G. Killian** (Freiburg i. Br.). **Zur Türck-Czermak-Feier in Wien.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 17. 1908.*

Geschichte der Entwickelung der Laryngologie und Rhinologie, eingetheilt in vier Perioden; die erste bis 1876, zweite bis 1884, dritte bis 1885, die vierte bis heute alle wesentlichen Errungenschaften und bedeutenden Namen auf das gewissenhafteste zusammenstellend.

HANSZEL.

2) **Roth** (Wien). **Die Anfänge der Laryngoskopie.** *Med. Klinik. 16. 1908.*

Kurzer historischer Rückblick auf die ersten Anfänge und die erste Entwickelung der Laryngoskopie mit dem Hinweis auf die unsterblichen Verdienste, welche sich Türck und Czermak um die Laryngoskopie und Laryngologie erworben haben.

SEIFERT.

3) **Frese** (Halle). **Die Fortschritte der Laryngologie seit den Zeiten Türck's und Czermak's.** *Med. Klinik. 16. 1908.*

Interessanter Rückblick auf die seit der Einführung des Kehlkopfspiegels erzielten Fortschritte und Hinweis auf die Bedeutung, welche die Laryngologie für die allgemeine Medicin gewonnen hat.

SEIFERT.

4) **Pieniazek. Ein Blick auf die Entwickelung der Methoden der oculären Untersuchung der Athmungswege.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener med. Wochenschr. No. 16. 1906.*

Gesammtüberblick über die Errungenschaften der practischen Medicin auf dem Gebiete der Luftwege im Laufe der letzten 50 Jahre, auf die Verbesserung der Laryngoskopie, Rhinoskopie, Tracheoskopie, der Intubation, der Autoskopie Kirstein's und Besprechung des jüngsten gewaltigen Fortschrittes der Bronchoskopie Killian's. Besonders hervorheben möchte Ref., dass P. zum Zwecke einer vollkommenen operativen Analgesie im Larynx nebst Bepinselungen mit 20proc. Cocainlösung noch 2—3proc. Cocainlösungen parenchymatös injicirt, dass ferner P. im Jahre 1884 auf die Idee kam, mittels eines starren Rohres (Ohrtrichter, später verlängerte Trichter) die Luftröhre durch die Trachealfistel direct zu besichtigen und auf diese Art mit der Kehlkopfpincette ein Granulom entfernte. Auf seiner Klinik wurden schon wiederholt Bepinselungen der Bronchialschleimhaut mit Cocain auf endoskopischem Wege bei heftigen Anfällen von Bronchialasthma mit gutem Erfolge vorgenommen.

HANSZEL.

5) **O. Chiari. Die Wiener Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Die officielle Errichtung der laryngologischen Klinik fand im Jahre 1870 statt, zwei Jahre nach dem Tode Türck's, dessen Erfolge die Veranlassung zur Gründung waren. Erster Vorstand war von Schrötter, der in ganz unzulänglichen Räumlichkeiten die klinischen und ambulanten Kranken, sowie den Unterricht absolviren musste; nicht viel besser hatte es sein Nachfolger Stoerk, der 1890 die Klinik übernahm. Seit 1899 ist O. Chiari Vorstand der Klinik, deren Titel nun in Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten erweitert wurde; es konnten neue Räume zur Klinik herangezogen werden, die Dank dem Entgegenkommen der Behörden mit allen jenen Behelfen ausgestattet wurden, die den modernen Bedürfnissen entsprechen. Während in den ersten 7 Monaten des Bestehens der Klinik 600 ambulante Kranke zur Behandlung kamen, stieg die Frequenz im Jahre 1878 schon auf 3000, 1890 auf 7200 und erreichte im Jahre 1907 die Zahl 12922. Es folgen nun statistische Angaben über den Belegraum, die grösseren Operationen an liegenden Kranken, sowie über die ambulatorischen Operationen.

Schliesslich wird die im Bau befindliche Klinik, die in jeder Hinsicht ein Musterinstitut werden wird, detaillirt beschrieben.

HANSZEL.

6) **Réthi** (Wien). **Der Kehlkopfspiegel im Dienste des Gesanges.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wien. klin. Wochenschrift. No. 16. 1908.*

Nach einigen einleitenden theoretischen Erläuterungen kommt R. auf die practische Seite des Spiegelbefundes bei Sängern zu sprechen und führt an, dass wir mittelst des Spiegels u. a im Stande sind zu constatiren, dass in einer dem Sänger nicht zukommenden, unrichtigen Stimmlage mit „schlechtem Ansatz“ ge-

sungen wird, dass ein acuter Entzündungsprocess vorliegt, dass Veränderungen im Ansatzrohre sich befinden. Dem Kehlkopfspiegel gebührt ein dominirender Einfluss beim Gesangsunterricht.

HANSZEL.

7) **Gutzmann** (Berlin). **Sprachstörungen und Rhino-Laryngologie.** *Zeitschrift f. Laryngo-Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. Heft 1. 1908.*

Das neugegründete Ambulatorium für Sprachstörungen im poliklinischen Universitäts-Institute für innere Medicin in Berlin erfreut sich auch von Seiten der Rhino-Laryngologen einer stetig zunehmenden Frequenz. Es wäre zu wünschen, dass alle angehenden Laryngologen sich über die speciellen sprachlichen Untersuchungsmethoden orientiren.

HANSZEL.

8) **G. Zickgraf** (Heilstätte Oderberg). **Ueber Saponininhalationen bei Erkrankungen der oberen Luftwege.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 9. 1908 und N. Y. Medical Record. 28. Mai 1908.*

Z. weist auf den Werth einer normalen Nasenfunction bei der Behandlung der Lungentuberculose hin und empfiehlt als günstige Beeinflussung der trockenen Katarrhe der oberen Luftwege, insbesondere der Ozaena Inhalationen mit Saponin, einem aus Cortex Quillajae hergestellten Präparat. Die Patienten inhaliren 3—5 Minuten lang mit Nasenansatz (Bulling's Thermovariator) 1—2mal täglich, „leichte, trockene Katarrhe mit 1proc., schwerere Veränderungen und ausgesprochene Ozaena mit 2proc. Lösung". Die Schleimhaut hat nach dem Inhaliren eine frische, rothe Farbe, ist blutreich, ist feucht, sondert Schleim ab, und selbst die verborgensten Winkel und Taschen, die mit Spülungen nie rein zu bekommen und zu erhalten sind, zeigen keine Spur alten Secrets mehr.

HECHT.

9) **Otto J. Stein. Formidin bei Affectionen von Ohr, Nase und Hals. (Formidine in affections of the ear, nose and throat.)** *The Laryngoscope. Juni 1907.*

Formidin ist ein Methylen-Jodbisalicylat. Es wurde in Pulverform auf die Operationsflächen, z. B. nach Septumresectionen, Muschelamputationen, Stirnhöhlenoperationen, sowie bei Eiterungen in der Nase, tuberculösen und syphilitischen Geschwüren etc. applicirt. Ferner wurde das Pulver in einer Reihe von Fällen von Rhinitis hyperplastica angewandt mit dem Ergebniss, dass scheinbar eine Abnahme der Hyperplasie herbeigeführt wurde.

EMIL MAYER.

10) **Coderque** (de Leon). **Ueber die angebliche gefässerweiternde Wirkung des Stovain. (Sobre la pretendida accion vaso-dilatadova de la estovaina.)** *Revista de medicina y cirurgia prácticas. 2. September 1907.*

Verf. hat an Kaninchen und Hunden Untersuchungen angestellt, die zu folgenden Ergebnissen führten: Das Stovain wirkt nicht gefässerweiternd, sondern ausgesprochen gefässverengernd. Diese Gefässverengerung tritt auch ein, wenn die Gefässe von ihrer sympathischen Innervation isolirt werden.

TAPIA.

11) **Camus** (Paris). **Ueber die klinische Anwendung von Aethylchlorid zur Allgemeinnarkose. (Sur l'emploi du chlorure d'éthyle en clinique pour l'anesthésie générale.)** *Société de Biologie. 11. April 1908.*

Verf. betont die Nothwendigkeit, das Aethylchlorid in langsamer und progressiver Weise und in minimalen Dosen anzuwenden. Er erreicht dies, indem er das Anaestheticum in dosirten Ampullen von 1—3 ccm und mittels einer Maske anwendet, bei der Patient in einem geschlossenen Raum athmet. Die Narkose tritt in 1—2 Minuten ein, ohne dass Suffocationserscheinungen zu fürchten sind.

GONTIER de la ROCHE.

12) **Cronquist** (Schweden). **Eine Quecksilber-Schnupfcur.** *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. Bd. 86. 1907.*

C. empfiehlt anstatt Inunction und Injection eine Schnupfungscur mit Hg cum creta. Mittlere Tagesdosis 3 g, die $33^1/_3$ pCt. Hg enthält. Manchmal tritt Nasenbluten auf. Grundbedingung ungehinderte Nasenathmung. Resultate sehr günstig.

CHIARI.

13) **S. v. Stein. Kohlensäuredouchen bei Nasen-, Hals- und Ohrenleiden. Luftmassage bei Hochdruck. (Duschi ugol. kislati pri strad. nosa, gorla i ucha na obschtscheje samotschentastwie Wosdusch. massach wisok. dawlenija.)** *Prak. Wratsch. No. 28 u. 29. 1907.*

v. Stein führt in dieser Arbeit ausführlichere Angaben über die Wirkung der Kohlensäuredouchen bei $^1/_2$—$1^1/_2$ Atmosphärendruck an. Im Allgemeinen aber hält er sich in demselbenRahmen, wie bereits bei Gelegenheit des Pirogow-Congresses referirt wurde.

P. HELLAT.

14) **A. Kuttner** (Berlin). **Unterbrechungshandgriff für den Nebulorapparat.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 1. 1907.*

Der in der Mittheilung abgebildete Handgriff giebt uns die Möglichkeit, Lufteintreibungen in die Tuben mit jedem beliebigen Druck vorzunehmen, die medicamentöse Behandlung der Tuben in denkbar weitester Form auszuführen und die Nebenhöhlen der Nase nach ihrer operativen Eröffnung gründlicher als bisher auszutrocknen.

HECHT.

15) **Emil Amberg** (Detroit, Michigan). **Eine modificirte Spiegelzange.** *Mit 1 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 1. 1908.*

Die in der Mittheilung abgebildete „Spiegelzange", die an dem Reflector leicht anzubringen ist, dient dazu, „die Stellung des Stirnspiegels während der Operation ohne Zuhülfenahme der blossen Finger zu ändern".

HECHT.

16) **Eiselt** (Gablonz). **Aseptisch zerlegbarer Pulverbläser für Kehlkopf, Nase, Nasenrachenraum und für die Gaumenmandeln.** *Med. Klinik. 20. 1908.*

Das besonders construirte Mundstück verhindert, dass irgend etwas vom Inhalte der Mundhöhle in das Ausblasrohr gelangt.

SEIFERT.

17) **Auguste Reverdin** (Genf). **Demonstration eines Instruments. (Présentation d'instrument.)** *Société de Chirurgie. 8. April 1908.*

Ein Mundöffner mit Zungenspatel, an dem ein gebogenes Rohr angebracht ist, durch das bei Operationen im Bereich der Mundhöhle die mit Luft gemischten Chloroform- oder Aetherdämpfe mittelst einer Blasevorrichtung gegen den Kehlkopf gerichtet werden.

GONTIER de la ROCHE.

18) **Horn. Eine universale Demonstrations-Handgrifflampe für Laryngoskopie, Tracheoskopie, Bronchoskopie und Oesophagoskopie.** (Aus der Universitäts-Poliklinik für Ohren-, Hals- und Nasenkranke des Geh. Med.-Rath Prof. Walb in Bonn.) *Deutsche med. Wochenschr. No. 17. 1908.*

Als Vortheile werden u. a angeführt, dass sie einfach, billig, jeder Kirstein-Lampe anpassbar ist, dass nach Bestimmung des Lichtfocus vor der Operation hernach keine Aenderung mehr erfolgen muss, sowie dass sie heller ist als die Kasper-Killian-Lampe.

HANSZEL.

19) **Kurt Walliczek** (Breslau). **Bemerkungen zu der Publication von Dr. Eugen Pollak (Graz): „Gesichtsschutzvorrichtungen für den Arzt".** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 376. 1907.*

Verf. hält den Gesichtsschutzrahmen von Pollak schon wegen seiner „Schwere und Umständlichkeit" für entbehrlich, weist auf die Brauchbarkeit seiner seit vielen Jahren benutzten Schutzbrille und des einfachen Gesichtsvorhanges hin, die sich besonders ihrer Billigkeit wegen zur Anschaffung für Polikliniken und Universitätsinstitute eignen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

20) **E. Pollak** (Graz). **Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Dr. Kurt Walliczek zu meiner Mittheilung: „Gesichtsschutzvorrichtungen für den Arzt".** *Ibidem.*

Pollak stellt fest, dass entgegen den Behauptungen W.'s sein Gesichtsschutzrahmen mit der Brille practisch ist, wofür die lobende Anerkennung und die reichlichen Nachbestellungen der Collegen sprechen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

21) **Kurt Walliczek** (Breslau). **Schlusswort zur Erwiderung des Herrn Dr. E. Pollak.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 532 u. 533. 1907.*

W. glaubt, dass der oben bezeichnete Apparat wohl Anhänger finden werde, hält aber trotzdem den Gesichtsschutzrahmen, den er nur der Beschreibung nach kennt, für entbehrlich, da Brille und einfacher Gesichtsvorhang dasselbe leisten bei grösserer Billigkeit und Leichtigkeit des Apparates.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

b. Nase und Nasenrachenraum.

22) **Zacharias** (Erlangen). **Ueber Nasenuntersuchungen an Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen.** *Med. Klinik. 3. 1907.*

Bei 100 Schwangeren fanden sich in 85 pCt. typische in Hyperämie und Hyperplasie bestimmter Bezirke des Naseninnern bestehende Veränderungen, die

in etwa 22 pCt. zu Nasenbluten führten. In fast einem Drittel der Fälle trat während der Wehen eine acute geringe Verstärkung der Congestionserscheinungen auf. Im Wochenbett nahm die Hyperämie ab, während die Hypertrophie bestehen blieb. Z. glaubt, von wirklichen intranasalen Graviditätsveränderungen sprechen zu dürfen.

SEIFERT.

23) **Jürgens. Behandlung der Nase bei Skarlatina. (O letschenii nosa pri skarlatine.)** *Jeshem. p. 326. 1906.*

Autor hat mehrfach bei Diphtherie und Skarlatina Sectionen des Nasenrachenraumes vorgenommen und in einer grossen Anzahl Entzündungen, Schleim und Eiter in der Tubengegend gefunden. Nach ihm ist hier die Ursache der Mittelohrentzündungen zu suchen. Daher empfiehlt er prophylaktische Bespülungen durch die Nase. Von solcher Behandlung hat J. viel Gutes gesehen.

P. HELLAT.

24) **Veckenstedt** (Düsseldorf). **Der Kopfschmerz als häufige Folge von Nasenleiden und seine Diagnose.** *Würzburger Abhandl. Bd. VIII. H. 8. 1908.*

In seiner durch eine Reihe eigener Beobachtungen illustrirten kleinen Schrift betont der Verf., dass es unbedingt nöthig sei, in jedem Falle von Kopfschmerz, der nicht mit Sicherheit auf ein anderes Leiden zurückgeführt werden kann, eine sachgemässe Untersuchung der Nase und ihrer Nebenhöhlen vorzunehmen.

SEIFERT.

25) **Réthi** (Wien). **Ueber den nasalen Kopfschmerz als Stauungserscheinung.** *Med. Klinik. 16. 1908.*

Stauungen im nervösen Centralorgan kommen zweifellos vor, besonders wenn die Hypertrophien in der Nase hochgradig sind und sie können Ursache der Kopfschmerzen sein. Durch Gefässcontraction in der Nase wird in diesen Fällen der Kopfschmerz gesteigert. Bei der Cocainprobe wird der Abfluss der cerebralen Säfte nicht nur nicht erleichtert, sondern im Gegentheil erschwert, und in jenen Fällen, in denen der Kopfschmerz durch das Cocain beseitigt wird, tritt die subjective Erleichterung nicht wegen, sondern trotz der Gefässcontraction auf, und zwar in Folge der anästhesirenden Wirkung des Mittels.

SEIFERT.

26) **Richard H. Johnson. Nasenverstopfung als Ursache für nervöse und psychische Erkrankungen während der Schuljahre. (Obstruction in the nose as cause of nervous and mental diseases in school life.)** *N. Y. Medical Journal. 30. November 1907.*

Die Mehrzahl der nervösen und psychischen Symptome, die durch Nasenverstopfung verursacht werden, sind toxämischer Natur in Folge von Mangel an Sauerstoff in der Inspirationsluft. Verf. giebt eine Uebersicht über die mannigfachen hierher gehörigen Erscheinungen, die bei adenoiden Vegetationen beobachtet werden.

LEFFERTS.

27) **P. Casali. Der reflectorische Kopfschmerz in Folge Hypertrophie der Muscheln bei durchgängigen Choanen. (La cefalea riflessa da ipertrofia de' turbinati a ceane pervie.)** *Giornale Italiano del R. Esercito. No. II. 1907.*

Verf. berichtet über eine sonst gesunde Person, bei der heftige und anhal-

tende Kopfschmerzen nach Abtragung der hypertrophischen mittleren Muscheln dauernd verschwanden. Die Pathogenese dieser Kopfschmerzen führt Verf. zurück auf: nasale Irritation des Trigeminus, Druck in Folge Congestion der Nasenschleimhaut, Compression der Nasenschleimhautgefässe, die mit den Venen der Dura mater und mit dem Sinus longitudinalis superior communiciren. Auch Compression der durch die Lamina cribrosa hindurch zu den subduralen und subarachnoidalen Räumen gehenden Lymphgefässe ist in Betracht zu ziehen; es handelt sich also um eine Blut- und Lymphstauung der Nasenschleimhaut, die sich auf das Gehirn ausbreitet. Dazu kommt noch eine besondere Prädisposition durch neurasthenischen Zustand.

Diese Kopfschmerzen zeigen sich des Morgens beim Erwachen, nehmen während der Mahlzeiten etwas an Intensität ab, um während der Verdauung sich wieder zu steigern; Nachts pflegen sie zu verschwinden. Sie sind vorwiegend beiderseitig; bisweilen haben sie in der Occipitalregion ihren Sitz. Verf. giebt Unterscheidungsmerkmale an für diesen reflectorischen Kopfschmerz gegenüber den bei acuter Rhinitis, bei Nasenstenose, Sinusitis, Nasensyphilis etc.

FINDER.

28) **A. Convers. Die Beziehungen der Nasen- und Nasenrachenkrankheiten zu den Psychosen und der Neurasthenie. (Psychoses et neurasthénies en rapport avec les maladies du nez et du rhinopharynx.)** *Dissert. Lyon 1906.*

An der Hand von zum Theil noch nicht anderwärts veröffentlichten Krankengeschichten weist C. auf den Einfluss hin, welchen nasale Leiden vorzugsweise bei erblich belasteten Individuen auf das Zustandekommen von Neurasthenie, von Psychosen ausüben.

OPPIKOFER.

29) **W. Sohier Bryant. Die Nase in ihrer Beziehung zur Epilepsie. (The nose in its relation to epilepsy.)** *N. Y. Medical Journal. 23. November 1907.*

Epileptische Anfälle sind öfter auf von der Nasenschleimhaut ausgehende Reflexe als auf andere Ursachen zurückzuführen. Geeignete intranasale Maassnahmen verringern oft die Zahl der Anfälle und bringen in günstigen Fällen diese völlig zum Verschwinden.

LEFFERTS.

30) **Simon. Epilepsie und Nasenschleimhaut. (Epilepsie et muqueuse pituitaire.)** *Association française pour l'avancement des sciences. Congress in Reims. 1907.*

Fall eines 21jährigen Soldaten, bei dem vorher niemals Anfälle vorhanden gewesen waren und der bei einer Nachtwache den ersten Anfall erlitt. Derartige Anfälle traten dann noch 5 oder 6 Mal im Laufe von zwei Jahren auf trotz Brombehandlung. Patient suchte dann wegen behinderter Nasenathmung den Verf. auf, der eine Rhinitis hypertrophica constatirte und eine entsprechende Behandlung einleitete, nach der die Anfälle völlig verschwanden und seit drei Jahren nicht wiederkehrten.

A. CARTAZ.

31) **M. Hajek** (Wien). **Ein Beitrag zum Studium des Infectionsweges bei der rhinogenen Gehirncomplication.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 290.*

Bericht über einen Fall von chronischem Empyem des linken Siebbeinlaby-

rinths, welcher an meningealer Complication zu Grunde ging bei intacter Knochendecke des Siebbeinlabyrinthes. Verf. nimmt an, dass eine Invasion der Streptokokken aus dem entzündeten Schleimhautgewebe in die Blutbahn und infolge der Venenanastomosen zwischen Schleimhaut des Siebbeinlabyrinthes und der Dura mater eine rasche Infection der Meningen stattgefunden hat, ohne dass dabei der Knochen oder dessen Marksubstanz ergriffen worden wäre.

F. KLEMPERER.

32) **D. H. Frowbridge. Nasenverstopfung als Ursache von Taubheit. (Nasal obstruction a cause of deafness.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1906.*

Verf. meint, dass Nasenverstopfung bei erheblich mehr Ohrenkrankheiten als ätiologischer Factor in Betracht kommt, als man gewöhnlich annimmt.

EMIL MAYER.

33) **Otto J. Stein. Bericht über einen Fall von acuter beiderseitiger Mittelohreiterung nach intranasaler Operation mit tödtlichem Ausgang. (Report of a case of acute bilateral middle ear suppuration following an intranasal operation and resulting in death.)** *The Laryngoscope. Januar 1906.*

Nachdem auf beiden Ohren die Paracentese gemacht war, folgte 16 Tage lang grössere Eiterabsonderung, in der nur Diplokokken gefunden wurden, unter hohem Fieber; der Tod erfolgte unter pyämischen Erscheinungen: Metastasen im Kniegelenk und der seitlichen Thoraxwand nebst einer Angina des weichen Gaumens und der Gaumenbögen, wobei dieselben Diplokokken wie im Ohr gefunden wurden.

EMIL MAYER.

34) **G. Hudson Makuen. Intranasale Erkrankungen in ihrem Einfluss auf das Zustandekommen von Ohrenkrankheiten. (Intranasal conditions as bearing upon the etiology of diseases of the ear.)** *N. Y. Medical Record. 16. Februar 1907.*

Verf. betrachtet die Tuba Eustachii als einen cul-de-sac oder Sinus, der zur Nase genau dieselben engen Beziehungen habe, wie die anderen Nebenhöhlen. Nasenaffectionen, die zu acuten Ohrerkrankungen führen können, sind erstens solche, bei denen eine Behinderung der Nasenathmung besteht (Rhinitis hypertrophicans und atrophicans, intranasale Geschwülste, Septumverbiegungen, Nasenrachentumoren), zweitens intranasale Eiterungen und Nebenhöhlenaffectionen, drittens solche Zustände, die zu einer Reizung der Nervenendigungen in der Nase und den Nebenhöhlen führen und bei denen die Ohrcomplication auf den sogenannten Reflexreiz erfolgt.

LEFFERTS.

35) **O. Chiari** und **Marschik. Zusammenhang der Erkrankungen der Orbita und der Nebenhöhlen der Nase.** (Aus der k. k. Universitätsklinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten des Hofrath O. Chiari in Wien.) *Med. Klinik. No. 16. 1908.*

Vier intranasal behandelte Fälle mit Oedem der Lider, Empyem und Oedem der Conjunctiva (geheilt), 1 Fall combinirt. Empyem der hinteren Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle mit Erblindung des betreffenden Auges (seit 4 Wochen), (Atrophia nerv. optic., ungeheilt). 19 Fälle, theils intranasal, theils von aussen

behandelt, davon in 9 Fällen acute Erscheinungen. 15 Heilungen, 3 Besserungen, 1 Exitus infolge perforirender Ostitis der hinteren Stirnhöhlenwand trotz dreimaliger Trepanation. Am häufigsten führen Erkrankungen des Siebbeins und der Stirnhöhle zu Augenaffectionen.

HANSZEL.

36) **O. A. Griffin. Augensymptome nasalen Ursprungs. (Ocular symptoms of nasal origin.)** *N. Y. Medical Record. 16. November 1907.*

Verf. hat so oft den Ursprung aller möglichen Augenerkrankungen auf die Nase zurückführen können, dass er in keinem Fall es verabsäumt, diese genau zu untersuchen. Er berichtet über 8 Fälle, in denen Augenkrankheiten durch intranasale Behandlung geheilt wurden. In einem Fall verschwand eine Heterophorie nach Entfernung der die Nase verlegenden unteren Muscheln.

LEFFERTS.

37) **Okunew. Resection des Thränennasencanals in der Therapie der Augenkrankheiten. (Resekzia slesnonoswawo kanala w terapii glasnich sobolewanii.)** *Jeshemesjatschnik. No. 1. 1908.*

O. schlägt vor, beim unheilbaren Thränenfluss oder Dacryocystitis purulenta, bei denen die Behandlung nach ophthalmologischen Principien im Stich lässt, die Behandlung dem Rhinologen zu übergeben. Zur erfolgreichen Behandlung genannter Leiden hat er die Resection des Thränencanales in 6 Fällen durchgeführt. Er geht dabei so vor, dass er zunächst das vordere Drittel der unteren Muschel entfernt und dann den Thränencanal vermittelst von ihm construirter Zangen in eine offene Mulde verwandelt. Diese Operation hat der Autor zunächst in 6 Fällen erfolgreich ausgeführt.

P. HELLAT.

38) **P. Bonnier** (Paris). **Enteritis und Nasenschleimhaut. (L'entérite et la muqueuse nasale.)** *Société de Biologie. 7. März 1908.*

Verf. hat in 16 Fällen von chronischer Enteritis systematisch die Unterfläche der unteren Muscheln cauterisirt. In 12 Fällen verschwanden die functionellen Störungen fast sofort, in 2 Fällen bedurfte es mehrerer Cauterisationen, in einem Fall trat keine Veränderung ein und in einem erfolgte nach jeder Cauterisation eine Verschlechterung. Alle Besserungen sind constant, mehrere seit über einem Jahre. Verf. hat sich auf jede mögliche Weise gegen Suggestion zu schützen gesucht. Er knüpft daran sehr interessante Betrachtungen über Fernwirkungen, die vom nasalen Trigeminusast ausgehen.

GONTIER de la ROCHE.

39) **A. Hecht** (Beuthen O.-Schl.). **Ueber den Zusammenhang von Magen- und Nasenleiden.** *Münch. med. Wochenschr. No. 12. 1908.*

Eingehende Erörterung der Symptomatologie obigen Themas nebst therapeutischen Schlussfolgerungen. Kritische Besprechung einiger einschlägigen Fälle.

HECHT.

40) **Chas. J. Proben. Erfolgreiche Operation zur Bildung einer Nasenscheidewand. (Successful operation for the formation of a nasal septum.)** *N. Y. Medical Record. 23. November 1907.*

Es handelte sich um einen Fall von syphilitischer Zerstörung der ganzen

knorpeligen Nasenscheidewand bei einem 32jährigen Mann. Ein neues Septum wurde durch einen von der Oberlippe genommenen Lappen gebildet; das functionelle und kosmetische Resultat der Operation war ausgezeichnet. LEFFERTS.

41) **Joseph C. Beck. Histologische Untersuchung nach einer Fensterresection der Nasenscheidewand. (Histological examination of a window resected septum.)** *The Laryngoscope. December 1907.*

Bei einem 49jährigen an Pneumonie verstorbenen Mann, bei dem Verf. $2\frac{1}{2}$ Jahre vor dem Tode mit ausgezeichnetem Resultate eine Septumresection vorgenommen hatte, untersuchte er histologisch das Septum und fand eine völlig normale Schleimhaut, die auf beiden Seiten eine dicke Bindegewebsschicht bekleidete, die an Stelle des resecirten Knorpels und Knochens getreten war. Die Drüsenelemente der Schleimhaut waren nur wenig verändert, worauf den anderen Operationsmethoden gegenüber grosses Gewicht zu legen ist EMIL MAYER.

42) **G. Killian** (Freiburg). **Beiträge zur submucösen Fensterresection der Nasenscheidewand.** *Beiträge zur Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Ohres, der Nase und des Kehlkopfes. Bd. I. S. 183—193. 1908.*

Seit mehr als einem Jahre anästhesirt K. die Septumschleimhaut nicht mehr durch blosse Bepinselungen, sondern auch durch perineurale Injection. Zur Einspritzung verwendet er die Braun'schen Suprarenin-Cocaintabletten Form A; zwei dieser Tabletten werden in 5 ccm steriler Kochsalzlösung aufgelöst. Die Nadeln der 2 ccm fassenden Spritze haben eine Länge von 10,5 cm.

Die Septumschleimhaut erhält ihre Nervenversorgung durch den Nervus nasopalatinus und den Nervus ethmoidalis. Um den letzteren Nerven, der nahe dem Nasenrücken verläuft, unempfindlich zu machen, injicirt K. nach vorausgehender Betupfung der Septumschleimhaut mit Adrenalin-Cocainlösung und bei zurückgebeugtem Kopfe des Patienten möglichst hoch oben vor dem Tuberculum septi und zur Anaesthesie des Nervus nasopalatinus etwas hinter der Mitte des oberen Randes der mittleren Muschel. An beiden Injectionsstellen genügen einige Tropfen obengenannter Lösung. Die schon früher angegebene Injection von Suprarenin-Cocainlösung vorn unten an der Septumbasis wird wegen der dadurch erzielten Blutleere beibehalten. Im Ganzen verbraucht K. oft nicht mehr als eine Spritze.

Während K. früher von der submucösen Resection bei Kindern abrieth, hat er jetzt neuerdings dieselbe in 9 Fällen mit gutem Resultat ausgeführt, bei 3 in Localanästhesie und bei 6 in Narkose. OPPIKOFER.

43) **Marchal. Ueber das Adenom der Nasenscheidewand. (De l'adénome de la cloison du nez.)** *Dissert. Nancy 1906.*

18jährige Patientin. Das bohnengrosse Adenom sass mit breitem Stiele dem Septum auf, dem vorderen Ende der mittleren Muschel gegenüberliegend. Kalte Schlinge. OPPIKOFER.

44) **M. Mann** (Dresden). **Der Nasenrachenraum bei Transsudat, acuter und chronischer Mittelohreiterung auf Grund von 100 postrhinoskopisch untersuchten Fällen.** *Beiträge zur Anat., Phys., Path. u. Ther. des Ohres, der Nase und des Kehlkopfes. Bd. I. S. 193—216. 1908.*

M. glaubt, dass im Allgemeinen bei der Behandlung von Ohrenkranken der Rhinoscopia posterior zu wenig Gewicht beigelegt wird und hat deshalb bei einer fortlaufenden Reihe von 100 Ohrenkranken die Rhinoscopia posterior ausgeführt nach vorausgehender Cocainisirung und unter Verwendung eines selbsthaltenden Zungenspatels und selbsthaltenden Gaumenhakens. Nach einigen Bemerkungen über die Technik der Untersuchung des Retronasalraumes giebt Verf. Abbildungen des normalen und entzündeten Nasenrachenraumes. Sowohl bei Transsudat in der Paukenhöhle als auch bei der acuten Mittelohrentzündung und den acuten Recidiven der chronischen Mittelohreiterung constatirte M. regelmässig, wenigstens in den ersten Tagen der Erkrankung, eine Nasopharyngitis und vertritt deshalb den Standpunkt, dass es eine acute genuine Otitis, die in der Paukenhöhle selbst entsteht, nicht giebt. Nur bei denjenigen Mittelohreiterungen, die nicht den Eindruck eines frischen Recidives machen, fehlt eine Entzündung im Retronasalraum.

OPPIKOFER.

45) **George Bacon Wood. Die Lymphdrainage der Rachenmandel. (The lymphatic drainage of the pharyngeal tonsil.)** *N. Y. Medical Record. 4. August 1906.*

Verf. hat Injectionspräparate der Rachenmandel angefertigt, was sehr schwierig war, denn unter 6 Versuchen gelang es nur zweimal, gute Injectionen zu erhalten. Der Lymphweg scheint danach folgender zu sein: Das Lymphgefäss verläuft vom unteren Theil der Rachenmandel nach hinten, durchdringt die hintere Pharynxwand und tritt in den Retropharyngealraum; dann läuft er nach unten und aussen gerade unter der Insertion des M. rectus capitis anticus major und zwischen diesem Muskel und den Halswirbelkörpern, ferner schräg nach unten und aussen, geht unter die Scheide der grossen Halsgefässe und tritt gegenüber dem hinteren Rand des Sternocleidomastoideus in eine der kleinen gerade unterhalb der Spitze des Warzenfortsatzes gelegenen Drüsen. Die drei wichtigsten Infectionsquellen der Halslymphdrüsen sind: Zahnfleisch, Gaumentonsillen und Rachenmandel. Bei Infectionen der Rachenmandel schwellen die gerade unter dem hinteren Rande des Sternocleidomastoideus gelegenen Drüsen an, was sich klinisch durch eine diffuse Schwellung des oberes Theiles dieses Muskels kundgiebt.

LEFFERTS.

46) **J. L. Morse. Adenoide bei kleinen Kindern. (Adenoids in infancy.)** *N. Y. Medical Record. 16. November 1907.*

Die Bedeutung der adenoiden Vegetationen für das früheste Kindesalter ist nach Ansicht des Verf.'s nicht genügend gewürdigt; sie sollten in jedem Falle entfernt werden, selbst auf die — übrigens nur sehr unwahrscheinliche — Gefahr hin, dass ein Recidiv eintritt und einen zweiten Eingriff nothwendig macht. Bei den kleinen Raumverhältnissen im Nasenrachen können schon geringe Adenoide zu sehr schweren Behinderungen der Nasenathmung und der Nahrungsaufnahme

führen. Auch Hustenanfälle, die besonders in der Nase störend auftreten, Schlaflosigkeit, Pseudocroup, sowie in sehr vielen Fällen Otitis media etc. sind darauf zurückzuführen.
LEFFERTS.

47) Filè Bonazzola. **Beziehungen zwischen adenoiden Vegetationen und einigen Infectionskrankheiten. (Rapporti fra vegetazioni adenoidi ed alcune malattie infettive.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. December 1907.*

Von vielen Autoren ist dem entzündlichen Process, der sich während der Masern auf der Schleimhaut des Nasenrachens abspielt, eine grosse Wichtigkeit beigelegt worden; Verf. hält diese Entzündung für zu flüchtig, um zu einer dauerndenden Hypertrophie der Rachenmandel zu führen. Viel häufiger dagegen müsse man an einen gewissen Zusammenhang zwischen adenoiden Vegetationen und der Entwickelung eines entzündlichen Processes in einem mehr oder minder ausgedehnten Abschnitt der Luftwege denken. Was das Scharlachfieber betrifft, so bestehen noch keine sicheren Beobachtungen über dessen Zusammenhang mit den adenoiden Vegetationen; dagegen verdient die Diphtherie Beachtung, da in circa 5 pCt. der Fälle adenoide Vegetationen beobachtet wurden. Verf. glaubt auch, dass die sogenannte latente Diphtherie in vielen Fällen ihren Ausgang von der Rachenmandel nimmt.
FINDER.

48) Samuel W. Thurber. **Die Indicationen für und gegen die Entfernung von Adenoiden und die Operationsmethode. (The indications for and against removing adenoids and method of operating.)** *Archives of Pediatrics. Januar 1908.*

Man soll nicht wegen geringer adenoider Vegetationen operiren, da die Nasenverstopfung durch andere Momente (Muschelschwellung, Septumdeviation etc.) bedingt sein kann; auch verursachen grosse Gaumenmandeln manche der Erscheinungen, wie adenoide Vegetationen; ebenso sollen adenoide Vegetationen für Heufieber, Epilepsie, Stottern etc. nur dann verantwortlich gemacht werden, wenn andere Ursachen nicht aufzufinden sind.
LEFFERTS.

49) J. Sendziak (Warschau). **Ueber die sogenannten adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraume auf Grund von mehr als 1000 ausgeführten Operationen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 1. 1908.*

Statistische, ätiologische, symptomatologische und therapeutische Erörterungen, die sich zu kurzem Referate nicht eignen.
HECHT.

50) C. Häuselmann (Biel, Schweiz). **Hyperplasie der Rachenmandel.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde. etc. No. 2. 1908.*

Mittheilung eines Falles von starker Hyperplasie der Rachenmandel bei einem 6 Monate alten Kinde, die operativ beseitigt wurde.
HECHT.

51) Dubar. **Mediastinaldrüsenschwellung und adenoide Vegetationen. (Adenopathie mediastinale et végétations adénoides.)** *Société de médecine de Paris. 10. April 1908.*

Beide Affectionen bestehen oft gleichzeitig; bezüglich der Indication zur Operation der Adenoiden ist es von Bedeutung, sich gegenwärtig zu halten, dass

manche Symptome, die oft jenen zugeschrieben werden, auf die functionellen Störungen der intrathoracischen Organe zurückzuführen sind.

GONTIER de la ROCHE.

52) **Burt D. La Force. Ein neues Adenotom. (A new adenotome.)** *Journal of the American Medical Association. 14. Januar 1908.*

Das — in drei Grössen — angefertigte Adenotom ist mit einer Vorrichtung versehen, die es verhindert, dass das abgeschnittene Stück herunterfällt.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

53) **Max Görke** (Breslau). **Beiträge zur Pathologie der Tonsillen. V. Kritisches zur Physiologie der Tonsillen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 244. 1907.*

Verf. lässt die einzelnen Theorien über die Physiologie der Tonsillen Revue passiren und kommt nach kritischer Sichtung derselben zu dem Resultate, dass von einem auffallend reichlichen Uebergang der in den Tonsillen gebildeten Lymphocyten in den Kreislauf nicht die Rede sein kann, dass jedenfalls dieser Vorgang ganz zurücktritt gegenüber der Emigration der Lymphzellen durch das Epithel an die Oberfläche der Mandeln. Er unterschreibt somit den von Pluder formulirten Satz: „Die Tonsillen sind Productions- und Excretionsorgane von Lymphocyten.“ Dann bespricht Verf. die beiden sich diametral entgegenstehenden Hypothesen, von denen die eine in den Mandeln einen wirksamen Schutzapparat des Körpers, die andere Organe sieht, die schädlich und der Gesundheit des Organismus höchst unzuträglich sind. Die erstere Annahme nennt Verf. „Abwehrtheorie“, die zweite „Infectionstheorie“. Er giebt der Ueberzeugung Ausdruck, dass die Abwehrhypothese als die einzige der dreifachen Analyse der Anatomie, des Experiments und der klinischen Pathologie Stand hält. „Es besteht die Thatsache der Lymphdurchströmung und diese hat die Wirkung, den Körper vor gewissen Gefahren zu schützen.“

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

54) **Felix Miodowski. Ueber das Vorkommen actinomycesähnlicher Körnchen in den Gaumenmandeln.** (Aus der Abtheilung für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke am Allerheiligen-Hospital zu Breslau. Primärarzt Dr. Brieger.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 277. 1907.*

Verf. untersuchte 194 Gaumenmandeln; in 17 Fällen wurden die actinomycesähnlichen Körnchen gefunden. Für die Färbung derselben kommen ausser der Hämatoxylin-Eosinfärbung alle die Färbungen in Betracht, welche für die Darstellung echter Actinomycesdrüsen angegeben sind (Schlegel in Kolle-Wassermann's Handbuch der Mikroorganismen, Bd. II, S. 868), vor allem zur Darstellung des centralen Fadenwerks die Gram'sche Färbung mit Nachfärbung mit Eosin oder Saffranin oder Vorfärbung mit Karmin.

Der feinere Aufbau der Drüsen, im Gram-Eosinpräparat deutlich hervortretend, zeigt auf rosafarbenem Grunde ein feines, tiefblau gefärbtes Farbennetz, das deutlich radiäre Anordnung zeigt; die grössere oder geringere Dichte des

Fadenwerks bedingt concentrische Schichtung; ein ganz feiner rosafarbener Saum schliesst den Complex nach aussen scharf ab. Echte Verzweigung, bisweilen echte Dichotomie ist an wenig dichten Stellen zu constatiren. Es handelt sich mit Sicherheit um Haarpilze (Trichomyceten), und zwar hier in hohem Grade um inoffensive Kryptenbewohner, die schon deswegen von den eitererregenden, pathogenen Actinomyces auseinanderzuhalten sind.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

55) **B. Schweitzer. Ueber Knorpel- und Knochenbildung in den Gaumenmandeln.** *Dissert. Freiburg 1905.*

Sch. hat ohne besondere Auswahl bei 33 Leichen die Gaumenmandeln mikroskopisch untersucht und fand wider Erwarten bei 11 (durchwegs Erwachsenen) Knorpel- oder Knochenherde. In der Regel sind mehrere derselben in ein und derselben Mandel vorhanden. Oft ist ein deutlicher Uebergang der Herde in die angrenzenden Bindegewebspartien nachweisbar.

Es handelt sich um eine Metaplasie des Bindegewebes in Knorpel und Knochen — infolge früherer Entzündungen (mikroskopisch Atrophie des lymphadenoiden Gewebes und Bindegewebswucherung) — und nicht um eine congenitale Störung.

OPPIKOFER.

56) **J. L. Goodale. Einige Betrachtungen bezüglich des lymphatischen Gewebes des Rachens bei Allgemeininfectionen. (Some considerations relative to the lymphoid tissues of the fauces in systemic infections.)** *Annals of Otology. Rhinology and Laryngology. September 1907.*

Ausgehend von der Beobachtung, dass bei manchen Personen, denen die Mandeln entfernt waren, Anfälle von acuter folliculärer Rachenentzündung häufiger auftreten, als vor der Operation, unterwirft Verf. unsere Anschauungen über die Rolle, die die Tonsillen in der Aetiologie von acuten Allgemeinerkrankungen spielen, einer Kritik. Bei der Frage, ob in einem Fall der Rachen die Eingangspforte für eine Infection bilde, ist es von Wichtigkeit, nicht allein die pathologischen Veränderungen in den Tonsillen zu beachten, sondern auch das lymphatische Gewebe der Nachbarschaft. Selbst wenn dies klinisch einen normalen Eindruck macht, sind wir nicht berechtigt, auszuschliessen, dass es bei der Infection eine Rolle spielt. Von grosser Wichtigkeit ist in solchen Fällen die Anamnese. Hat der Patient bei vorhergehenden Allgemeininfectionen gleichzeitig Symptome von Seiten des Halses gehabt, so ist diese Thatsache von grosser Bedeutung. Auch auf die Wichtigkeit des opsonischen Index wird hingewiesen.

EMIL MAYER.

57) **Franz Kobrak** (Breslau). **Traumatische Angina, acutes Exanthem, Wundbehandlung. Klinische und experimentelle Beiträge zur Infection nach Rachenmandelexcisionen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 320. 1907.*

Verf. hat, angeregt durch einige nach Rachenmandelexstirpationen aufgetretene Infectionskrankheiten (Scharlach, Diphtherie), interessante bakteriologische Untersuchungen an vergrösserten Rachenmandeln vor und nach der Operation gemacht, die ergeben haben, dass eine Abnahme der Keimzahl wie der Keimvirulenz

nach der Rachenmandeloperation die Regel bildet. Die Ausnahme einer Virulenzsteigerung scheint besonders dann einzutreten, wenn auf Grund von Entzündungsvorgängen im Nasenrachenraum und seinen Adnexen anzunehmen ist, dass wir es mit einem localinfectiösen Individuum zu thun haben.

Das bakteriologische Experiment lehrt, dass der Körper, bezw. der Wundsecretabfluss und die von dem Serum ausgehende baktericide Thätigkeit, sowie seine eventuelle phagocytäre Zellwirkung und die Sauberspülung der Operationswunde durch die austretende Blutung mit den gewöhnlich hier und da auftretenden Infectionen leicht fertig wird. Damit stimmt die klinische Beobachtung überein, indem Fiebersteigerung höheren Grades zu den Ausnahmen gehört.

Von 100 an der stationären Abtheilung operirten Rachenmandelpatienten fieberten 38, d. h. 38 pCt. und darunter hatten 25 pCt. weniger als 38°; zwischen 38—39° 13 pCt. Der Fiebertypus war continuirlich und remittirend in 89 pCt., intermittirend in 11 pCt. der Fälle. Der Gipfel des Fiebers war durchschnittlich am zweiten Tage, die Dauer 3,3 Tage nach der Operation.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

58) **J. Lavagna. Ueber einen Fall von diphtheroider Angina Vinconti. (Sopra un caso di angina difteroide di Vincent.)** *Il Policlinico Sez. prat. No. 43. 1907.*

Ein 7jähriger Knabe zeigt Anschwellung rechts aussen am Halse und auf der linken Mandel einen grau-schmutzigen Belag. Temperatur 37,2—38,2°. Injectionen von Behring'schem Serum waren erfolglos. In dem Belag fanden sich die fusiformen Bacillen. Heilung nach Betupfen mit Watte, die in Jodoformäther getränkt war.

FINDER.

59) **Griffon** und **Lyon Caen. Scharlachangina mit Kiefersequester. (Angine scarlatineuse avec séquestre du maxillaire.)** *Société anat. de Paris. 10. April 1908.*

Bei einem scharlachkranken Kinde mit schwerer ulceröser Angina trat ein ausgedehnter nekrotischer Process auf, der zum Ausfall mehrerer Zähne führte und das Knochengewebe mit ergriff. Es bildete sich ein grosser Sequester des Oberkiefers, der spontan ausgestossen wurde. Das Kind litt ausserdem an multiplen Gelenkeiterungen. Es trat Heilung ein.

A. CARTAZ.

60) **P. Schwade. Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach acuten Infectionskrankheiten: eine Psychose nach Angina.** *Dissert. Kiel 1906.*

Bei einem 30jährigen Buchhalter, der seit Kindheit oft an Kopfschmerzen gelitten hatte, stellten sich im Anschluss an eine Angina (Staphylococcus aureus) schwere Erregungssustände ein, die nach 5 Tagen wieder verschwanden. Neben der eigenen Beobachtung, die ausführlich mitgetheilt wird, konnte Sch. nur noch 2 Fälle von Anginapsychosen aus der die Jahre 1882—1905 umfassenden Literatur zusammenstellen.

OPPIKOFER.

61) **Walter S. Daly. Hypertrophie des lymphatischen Schlundrings als ätiologischer Factor beim Zustandekommen epileptischer Aequivalente. (Hypertrophy of pharyngeal lymphatic ring as a causative factor in the production of epilectic equivalents.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Bericht über einen Fall, in dem nach Abtragung der Tonsillen die epileptischen Anfälle aufhörten.

EMIL MAYER.

62) **Clerc** und **Sartory. Untersuchung über einen im Verlauf einer chronischen Angina isolirten Hefepilz. (Étude d'une levure isolée au cours d'une angine chronique.)** *Société de Biologie. 25. Januar 1908.*

Der Pilz bildet weder Mycelium noch Sporen. Inoculirt bildete er einen Abscess, in dem man ihn im Reinzustand wieder fand.

GONTIER de la ROCHE.

63) **Alfred F. Haess. Untersuchung excidirter Tonsillen. (An examination of excised tonsils.)** *Archivs of Pediatrics. Januar 1908.*

Verf. berichtet über einen Fall von Tuberculose der Tonsillen, den er für eine Fütterungstuberculose frischen Datums hält.

EMIL MAYER.

64) **W. Roth** (Wien). **Ueber protrahirte Eiterungen nach peritonsillären Abscessen.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wien. med. Wochenschr. No. 16. 1908.*

In zwei Fällen dauerte die Eiterung im peritonsillären Raume trotz künstlicher Eröffnung zwei resp. sechs Monate lang an. Die Ursache liegt in besonders ungünstigen Abflussbedingungen durch stark seitlichen resp. tiefen Sitz des Abscesses.

HANSZEL.

65) **Barth. Die Abtragung der Tonsillen. (The ablation of the tonsils.)** *N. Y. Medical Record. 28. December 1907.*

Ist die Hyperplasie eine einfache und scheint das lymphatische Gewebe selbst gesund, so ist die Annahme gerechtfertigt, dass die Ueberproduction von lymphatischem Gewebe ein physiologischer Vorgang war zur Compensirung der gesteigerten functionellen Anforderungen; giebt die Hyperplasie jedoch Anlass zu localen Störungen oder besteht Infection der Gewebe, so ist die chirurgische Behandlung indicirt. Nur die erkrankte Tonsille bildet nach Ansicht des Verf.'s eine Eingangspforte für Infectionen; eine einfache Hyperplasie bedürfe keiner Behandlung!

LEFFERTS.

66) **E. A. Crockett. Blutung nach Tonsillotomie. (Hemorrhage following tonsillotomy.)** *N. Y. Medical Record. 30. November 1907.*

In den beiden vom Verf. berichteten Fällen erfolgte die Abtragung der Tonsillen mittels der kalten Schlinge. In dem einen Fall, der einen 8jährigen Knaben betraf, trat die Blutung drei Stunden nach der Operation auf, obwohl er im Hospital zu Bett lag. Die Blutung stand auf instrumentelle Compression. Der zweite Fall betraf ein 12jähriges Mädchen; die Blutung erfolgte 4 Stunden nach der Operation. Trotz dieser Erfahrungen ist Verf. nicht geneigt, den Gebrauch der Stahldrahtschlinge aufzugeben.

LEFFERTS.

67) **Ernst Barth** (Berlin). **Ein neues Pharynxtonsillotom.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 369. 1907.*

Verf. hat die Idee der von Schütz angegebenen Guillotine mit der Handlichkeit des Beckmann'schen Ringmessers zu combiniren versucht, indem er das Instrument unmittelbar unterhalb des Rahmens auf die Dünne eines Stiels verschmälert. Das neue Instrument wird genau in derselben Weise in den Rachenraum eingeführt und über die Rachenmandel gebracht wie das Beckmann'sche Ringmesser. Ein Hängenbleiben der Wucherung und Nebenverletzungen der Schleimhaut sollen bei der Operation mit dieser Guillotine ausgeschlossen sein. Das Instrument wird in 3 Grössen von H. Pfau, Berlin, Dorotheenstrasse 67, angefertigt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

68) **Hermann Sommer** (Dresden). **Ein Lipom der Tonsille.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 523. 1907.*

Fall von haselnussgrosser, gelblich-weisser Geschwulst, die sich auf die rechte Tonsille im oberen Pol auflagert; die Insertion findet am Recessus supratonsillaris statt; die histologische Untersuchung zeigt, dass der Tumor grösstentheils aus Fettgewebe besteht. Die Abtragung erfolgte mit der Scheere. Die Heilung trat sofort ein.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

69) **H. Carrière. Beitrag zum Studium des Gaumenmandelsarkoms beim Kinde. (Contribution à l'étude du sarcome de l'amygdale chez l'enfant.)** *Dissert Paris 1906.*

Die Beobachtung, die zu vorliegender Dissertation Veranlassung gab, ist bereits in den Archives de méd. des enfants 1904 durch Moizard veröffentlicht: Sarkom der linken Mandel bei einem 9jährigen Knaben; Operation nach Krönlein nach vorausgegangener Tracheotomie, Recidiv; 5 Monate nach dem Entdecken der Geschwulst Exitus. Metastasen in Herz, Nieren und Pankreas.

OPPIKOFER.

70) **Schneider. Ueber Wasserstoffsuperoxyd, Perhydrol und Perhydrolmundwasser.** *Aerztl. Vierteljahrs-Rundschau. 1. 1908.*

Empfehlung des Perhydrolmundwassers bei allen Entzündungen der Mundhöhle; Stomatitis catarrhalis, ulcerosa, aphthosa, mercurialis und Hyperkeratosis linguae.

SEIFERT.

d. Diphtherie und Croup.

71) **Spolverini. Ueber die Ursachen des schweren Verlaufs der Diphtherie bei Rückfällen. (Sulle cause del decorso più grave della difterite nelle ricadute.)** *Il Policlinico Sez. prat. No. IV.*

Die Untersuchungen vieler Beobachter zeigen, dass die specifischen Antikörper, die vom Organismus producirt werden, das an die präcipitable Substanz des Serums gebundene Antitoxin aus dem Blutkreislauf eliminiren und so seine weitere günstige Wirkung hindern. Das zum zweiten Male injicirte Serum wird viel schneller als das erste Mal eliminirt und daher ist seine therapeutische Wir-

kung erheblich reducirt. Verf. hat bei über 1000 Diphtherischen 20 Rückfälle und Recidive beobachtet. Er hat bei diesen häufig die Erscheinungen auftreten sehen, die für die Wiederinfection charakteristisch sind; er beobachtete auch, dass die unmittelbare locale und allgemeine Reaction, sowie die beschleunigte Reaction häufiger und intensiver bei einfachen Rückfällen wie bei Recidiven sind, besonders wenn sie lange Zeit nach der Primäraffection auftreten.

Bei 11 Fällen von Rückfällen waren 6 sehr schwerer Natur; von 9 Recidiven waren 4 mässig schwer, die anderen leicht. Die Schwere des Rückfalls charakterisirt sich nicht nur durch das klinische Bild, sondern auch dadurch, dass die Wirkungen der Injectionen weniger energisch und langsam sind. FINDER.

72) B. R. Richards. **Diphtheriediagnose. (Diphtheria diagnosis.)** *N. Y. Medical Record. 2. November 1907.*

Verf. bespricht die für die bakteriologische Diagnose der Diphtherie ausschlaggebenden Momente; er meint, es müsste eine grössere Uebereinstimmung erstrebt werden in Bezug auf das, was als positiver Ausfall der Untersuchung anzusehen ist. LEFFERTS.

73) F. P. Webster. **Diagnose und Behandlung der Diphtherie bei kleinen Kindern. (Diagnosis and treatment of diphtheria in young children.)** *N. Y. Medical Journal. 30. November 1907.*

Verf. bespricht die bakteriologische Diagnose mittels des Ausstrichs und Culturverfahrens, sowie die klinische Diagnose der Diphtherie. Die Antitoxinbehandlung soll einsetzen, auch bevor noch die Diagnose gesichert ist.

LEFFERTS.

74) Royet. **Fluornatrium als Lösungsmittel für diphtherische Membranen. (Sodium fluoride as a solvent diphtheric membranes.)** *N. Y. Medical Journal. 9. November 1907.*

Verf. hat das Mittel in 1 prom. Lösung als ausgezeichnetes Lösungsmittel bei Rachen- und Nasendiphtherie erprobt. Es kann als Gurgelwasser benutzt oder auch in stärkerer Lösung aufgepinselt werden. LEFFERTS.

75) G. W. Stimson. **Primäre Nasendiphtherie. (Primary nasal diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 14. December 1907.*

Im Anschluss an einen Bericht über mehrere schwere Fälle, von denen einer ein 10 Tage altes Kind betraf, stellt Verf. mehrere Schlusssätze über Nasendiphtherie im Allgemeinen auf, die jedoch nur Bekanntes enthalten. Bei der Infectiosität der Erkrankung weist er auf die Wichtigkeit der bakteriologischen Untersuchung in allen Fällen von zweifelhafter eitriger Rhinitis bei Kindern hin.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

76) **Hütter. Ein Beitrag zu den Missbildungen des Kehlkopfes.** (Aus dem histol.-bakt. Laboratorium der Wiener allgem. Poliklinik des Prof. Albrecht. Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Gelegentlich der Obduction eines an einem combinirten Masern-Scharlachexanthem erkrankt gewesenen und unter pneumonischen Erscheinungen verstorbenen $2^1/_2$ Wochen alten Kindes konnte die seltene congenitale Spaltbildung an der Vorderseite des Kehlkopfes constatirt werden. Es handelte sich um eine totale vordere Spaltung des Thyreoids. Aehnliches wurde bei Pavianen gefunden.

HANSZEL.

77) **Hansberg** (Dortmund). **Ueber angeborene Membranbildung des Kehlkopfes.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 61—68. 1908.*

Weibliches Kind. Seit der Geburt Stimmlosigkeit und Athemstörung. Am Ende des 4. Monats wegen hochgradiger Athemnoth und Cyanose Tracheotomie und 14 Tage später Laryngotomie: im Kehlkopfinneren rechterseits eine derbe Membran. Dieselbe inserirte unterhalb der vorderen Commissur, war dem rechten Stimmband eine kurze Strecke adhärent, verlief schräg nach hinten oben und endigte kurz vor dem Arykorpel in der Höhe des Taschenbandes. Die blassrothe Membran hatte in der vorderen Commissur eine Dicke von ca. 6—8 mm, in ihrem Verlaufe nach hinten wurde sie immer dünner und verlor sich unmerklich in die Schleimhaut des Aryknorpels. Abtragen der Membran mit dem Messer. Heute, $4^1/_2$ Jahre nach der Operation, ist die Athmung frei, die Stimme ist noch etwas belegt.

Von den bis heute in der Literatur bekannten ca. 20 Fällen angeborener Membranbildung unterscheidet sich nach H. die vorliegende Beobachtung dadurch, dass die Membran nicht beide Kehlkopfhälften betraf, sondern sich ausschliesslich auf eine Seite beschränkte. Während im Ferneren bei den bis heute in der Literatur veröffentlichten Fällen die Membranbildung von vorn nach hinten in demselben Niveau lag, stieg hier die Membran nach hinten an.

OPPIKOFER.

78) **Glas** (Wien). **Ueber congenitale Kehlkopfdiaphragmen und Faltenbildungen.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Beschreibung zweier Fälle von Diaphragma congenitum anterius partiale. Differentialdiagnostisch gegen Verwachsungen im Stimmbandbereiche nach Sklerom, Lues, Traumen etc. ist der scharfe, glatte Rand, die Symmetrie, die Anamnese, der histologische Befund und der Mangel sonstiger auf durchgemachte Entzündung hinweisenden Symptome. In therapeutischer Hinsicht wird das langsam dilatirende Verfahren empfohlen.

HANSZEL.

79) **Otto Scheven** (Frankfurt a. M.). **Zur Pathologie der Laryngocele.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 9. 1908.*

Sch. bespricht Anatomie und Pathologie der Laryngocele vera externa und

interna, deren Diffentialdiagnose und Therapie. Bezugnehmend auf die Arbeiten von Edm. Meyer und Avellis giebt er der Vermuthung Ausdruck, dass teleologisch die Luftsäcke der Affen vielleicht als „ausgezeichnetes Hülfsmittel zum Schwimmen" s. Zt. dienten. Anschliessend berichtet Autor über einen Fall von Laryngocele externa vera, der als Folge einer mehrmaligen Anwendung der Politzer'schen Luftdouche auftrat.

HECHT.

80) **Kan** (Leiden). **Ueber einen Fall von congenitalen Luftsäcken bei einem Kinde von 16 Tagen.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgebiete. Bd. I. Heft 1. 1908.*

Die prall gefüllten Säcke comprimirten den schlaffen, schlecht entwickelten Larynx, aber nur so, dass starke Athemnoth allein in Anfällen auftrat. Allmählich wurden die Anfälle frequenter und plötzlich erstickte das Kind. (Interessante stereoskopische Tafel.)

HANSZEL.

81) **Georg Avellis** (Frankfurk a. M.). **Ueber Kehlkopfluftsäcke beim Menschen (Laryngocele).** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 465. 1907.*

Verf. berichtet über einen von ihm beobachteten Fall einer Laryngocele des Menschen und spricht die Ansicht aus, dass diese Gebilde, da sie beim Menschen sowohl wie beim Affen mit einer einzigen Ausnahme als nutzlos sich darstellen, auf einen gemeinsamen Ahnen zurückzuführen sind, der älter wie Mensch und Affe sein muss. Da man als Zweck der Luftsäcke Schallverstärkung annehmen muss, so könne man aussagen, „dieser gemeinsame Urahn muss einen sehr starken Gebrauch seiner Stimme gemacht haben, er hat mit diesen Resonatoren gebrüllt!"

Die Zahl der publicirten Fälle beläuft sich auf etwa zwei Dutzend. In dem von ihm beobachteten Falle wurde Verf. von der Mutter des 4jährigen Mädchens consultirt, weil das Kind bei stetem Wohlbefinden eine heisere Stimme habe. Das Kind habe stets sehr laut geschrieen. Die rechte Taschenfalte war geschwollen. Während beim gewöhnlichen Schreien nichts besonders auffiel, wölbte sich beim Schreien mit gepresster Stimme, langsam zuerst rechts, dann auch links neben dem Schildknorpel, hinauf bis zum Unterkieferrand ziehend und nach unten bis fast zum Schlüsselbein reichend, eine weiche tympanitische Geschwulst vor, die beim Nachlassen des gequetschten Phonierens allmählich verschwand. Dieselbe Erscheinung konnte bei stärkerem Husten beobachtet werden. Keine Athemnot. Operation als vorläufig nicht indicirt hinausgeschoben. Die Grösse der Geschwulst wechselt, je nach der Anspannung des Druckes, den man im Ventriculus laryngeus erzeugen kann. Kein Emphysemknistern. Spuren sonstiger Missbildungen fehlen, wie in den anderen Fällen in der Literatur vollständig. Es liegt auch nicht der geringste Grund vor, an eine der Kiemenspaltbildungen zu denken.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

82) **Beverley Robinson. Klinische Notizen über Kehlkopfphthise. (Clinical notes on laryngeal phthisis.)** *N. Y. Medical Record. 22. Februar 1908.*

Die Hauptpunkte, auf die Verf. bei der Behandlung Werth legt, sind Ruhe und Inhalationen.

LEFFERTS.

83) **S. Aldolphus Knopf. Einige Bemerkungen über Aetiologie, Prophylaxe und Therapie der Kehlkopftuberculose. (Some notes on the etiology, prophylaxis and therapeutics of laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 22. Februar 1908.*

Hervorzuheben sind die Versuche, die Verf. mit der Anwendung der Kuhn-schen Maske bei Larynx-Tuberculose gemacht hat. Um die Wirkung zu studiren hat Verf. nach sorgfältiger Untersuchung der Halsorgane die Maske 15—20 Minuten angewandt und dann von Neuem untersucht. Es wurden zu diesem Zweck 6 Fälle ausgesucht. Unter diesen Fällen waren solche mit leichter Infiltration, solche mit ausgedehnter Geschwürsbildung und einer mit Perichondritis. Es fand sich bei der Nachuntersuchung, dass eine deutliche Congestion der Schleimhaut im ganzen Bereich der oberen Luftwege zu constatiren war; besonders war dies am weichen Gaumen und der Epiglottis in die Augen fallend gegenüber der Blässe, die hier die Schleimhaut gewöhnlich zeigt. Man sah hier deutlich die erweiterten kleinen Venen. Nachdem so die congestive Wirkung der Maske sicher gestellt war, wurde sie dreimal täglich 15 Minuten lang angewandt. Nach ein paar Tagen war die Congestion der Schleimhäute mehr oder weniger permanent und hielt von einer Sitzung zur andern an. Im ersten Monat wurde ausser der Maske keine sonstige Therapie angewandt, später auch Menthol, Eucalyptol etc. Während der zwei-monatigen Anwendung der Maske zeigten alle Fälle bis auf einen einige Besserung. Bei den Fällen von Infiltration betraf die Besserung hauptsächlich die subjectiven Beschwerden, d. h. die Heiserkeit liess nach, dagegen war objectiv keine Veränderung zu constatiren. Die Ulcerationen dagegen reinigten sich und bedeckten sich mit rothen Granulationen.

LEFFERTS.

84) **A. Kuttner. Tuberculose des Kehlkopfs und Schwangerschaft. (Tuberculosis of the larynx and pregnancy.)** *The Laryngoscope. December 1907.*

Von circa 230 Schwangern mit diffuser Kehlkopftuberculose überlebten 3 das natürliche Ende der Schwangerschaft um 1—$1^1/_2$ Jahr und 13 um eine längere Zeit; fast alle diese 16 Frauen gehörten den wohlhabenderen Klassen an. Artificieller Abort wurde in 12 Fällen eingeleitet, darunter in 9 mit gutem Resultat; die künstliche Frühgeburt wurde in 7 Fällen vorgenommen, in einem, — Mitte des 7. Schwangerschaftsmonats — mit, in 6 ohne Erfolg. Tracheotomie resp. Laryngofissur wurde in 15 Fällen gemacht; zwei von diesen Frauen lebten 1 bis $1^1/_2$ Jahr nach dem natürlichen Ende der Schwangerschaft, zwei noch länger. 11 starben bald danach.

Von den 230 Frauen starben 200 vor oder kurz nach der Entbindung, theils ohne ärztlichen Eingriff, theils trotz eines solchen.

Von 116 Kindern, über die Berichte vorliegen, wird von 79 (80 pCt.) angegeben, dass sie todt waren, von 18, dass sie bei der Geburt oder in den ersten 2 Jahren lebten, von 19, dass sie länger am Leben blieben. In wohlhabenderen Familien war die Kindersterblichkeit geringer, als bei armen.

EMIL MAYER.

85) **Wolff Freudenthal. Der verderbliche Einfluss der Schwangerschaft auf die Kehlkopftuberculose. (The baneful influence of pregnancy on laryngeal tuberculosis.)** *The Laryngoscope. December 1907.*

Auf eine bestehende Kehlkopftuberculose übt der Eintritt der Schwanger-

schaft zweifellos einen unheilvollen Einfluss aus. Verf. ist nicht geneigt, der Tracheotomie einen curativen Einfluss beizulegen und will sie nur für Fälle mit ausgesprochenen Symptomen von Dyspnoe reservirt wissen. In allen andern Fällen, besonders denjenigen, bei denen eine diffuse tuberculöse Larynxaffection besteht, sieht Verf. in frühzeitiger Unterbrechung der Schwangerschaft das einzig in Betracht kommende Mittel. Es giebt einige Ausnahmen von dieser Regel: Sieht man eine Frau zuerst gegen Ende der Schwangenschaft, so machen einige Wochen keinen Unterschied und es ist das Beste, im Interesse des Kindes zu warten. Andernfalls braucht auf das Kind keine Rücksicht genommen zu werden, da es in fast jedem Fall frühzeitig zu Grunde geht. Ist der Fortschritt der Krankheit so rapide, dass wir sicher sind, die Mutter wird bald ad exitum kommen, dann ist es nutzlos eine Frühgeburt einzuleiten. In solchen Fällen sollte jedoch sehr sorgfältig abgewogen werden, denn nichts kommt so überraschend, wie Unregelmässigkeiten im Verlauf einer Tuberculose.

EMIL MAYER.

86) **O. Muck** (Essen a. d. Ruhr). **Ein Beitrag zur Kenntniss der Mischform des syphilitischen und tuberculösen Larynxgeschwürs.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 367. 1907.*

Mitteilung eines Falles von rechtsseitigem spindelförmigen Stimmbandtumor, von Gerstenkorngrösse bei einem vor 10 Jahren luetisch inficirten Patienten. Auf specifische Behandlung (Hg + JK) reagirte der Tumor prompt, zerfiel ulcerös und heilte schliesslich. Während dieses Processes entstand ein Randgranulom, das sich durch Tuberkeln und Riesenzellen als tuberculös erwies. Patient litt an initialer Spitzentuberculose. Es handelt sich hier also um ein Gummi des Stimmbandes, nach dessen Zerfall sich wahrscheinlich durch Sputuminfection auf dem Substrat des luetischen Geschwürs eine Tuberculose hinzugesellte. — Schnitzler, Moritz Schmidt und B. Fränkel, haben ähnliche Fälle beobachtet.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

87) **Friedrich** (Kiel). **Was können wir von der Behandlung der Kehlkopftuberlose erwarten?** *Med. Klinik. 16. 1908.*

Die Tuberculose des Kehlkopfes gehört in Tuberculosenheilstätten und zwar in solche, in denen eine sachgemässe laryngologische Behandlung die allgemeine Behandlung in wirksamer und den Kranken förderlicher Weise unterstützt.

SEIFERT.

88) **F. M. Pottenger. Die Vortheile der Sanatoriumbehandlung bei Tuberculose mit besonderer Berücksichtigung der extrapulmonalen Affectionen. (The advantages of sanatorium regime in tuberculosis with especial reference to the treatment of extrapulmonary lesions.)** *Y. N. Medical Journal. 11. Januar 1908.*

Verf. ist ein Anhänger der Tuberculinbehandlung im Sanatorium.

LEFFERTS.

89) **W. Breidthardt. Ueber Epiglottidotomie.** *Dissert. Bonn 1906.*

5 Krankengeschichten: Epiglottidotomie wegen Tuberculose oder Lupus des Kehldeckels. Bei 2 Patienten Heilung. In einem Falle lebensgefährliche Blutung.

OPPIKOFER.

90) **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Ueber Epiglottisamputation bei der Kehlkopftuberculose.** (Aus der oto-laryngol. Klinik des Oeresundhospitals.) *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinogol. u. ihre Grenzgebiete. Bd. I. Heft 1. 1908.*

Die Indicationen zur Epiglottisamputation bei Kehlkopftuberculose stellt M. folgendermaassen:

1. Tuberculöses Leiden, das ausschliesslich, oder fast ausschliesslich auf die Epiglottis beschränkt ist, wenn der Zustand des Patienten ein solcher ist, dass er diesen nicht sehr beträchtlichen Eingriff vertragen kann.

2. Ausgesprochene Dysphagie ohne Rücksicht auf den Zustand des übrigen Kehlkopfes und der Lungen, insofern es wahrscheinlich ist, dass die Epiglottisaffection es sei, die die Dysphagie verursacht.

3. Beträchtliche tuberculöse Affection der Epiglottis in Fällen von mehr ausgedehnter Kehlkopftuberculose, selbst wenn keine Dysphagie vorliegt, falls nur kein Lungenleiden vorhanden sei oder auch ein so geringfügiges, dass man auf eine Heilung bezw. beträchtliche Besserung hoffen darf.

HANSZEL.

91) **Hinsberg** (Breslau). **Ueber curative Tracheotomie der Larynxtuberculose.** *Med. Klinik. 16. 1908.*

Aus der grossen Zahl von Larynxphthisikern wird man eine gewisse, nicht sehr grosse Zahl herausfinden, die für die curative Tracheotomie geeignet ist. Aber auch in diesem günstigen Falle entschliesst sich höchstens die Hälfte aus Furcht vor der Kanüle zu dem Eingriffe.

SEIFERT.

92) **Ch. Leroux. Beziehungen der tracheo-bronchialen Drüsenschwellung zur Lungentuberculose der Kinder. (Report de l'adénopathie trachéo-bronchique avec tuberculose pulmonaire chez les enfants.)** *Bulletin Médical. 27. November 1907.*

Bei Säuglingen und sehr kleinen Kindern ist diese Affection primär und zwar zuerst einseitig, dann doppelseitig. Bei älteren Kindern ist sie doppelseitig und meist secundäre Erscheinung bei einer Spitzenaffection. Für selten erachtet Verf. die absteigende Infection, die von der Nase und dem Pharynx ausgeht und durch die zu diesen gehörigen Drüsen übermittelt wird.

GONTIER de la ROCHE.

93) **Weill** (Lyon). **Grosse tuberculöse Schwellung der tracheo-bronchialen Drüsen ohne radioskopischen Befund. (Volumineuse adénopathie trachéobronchique tuberculeuse sans image radioscopique.)** *Lyon Medical. 26. April 1908.*

Es handelte sich um ein 3jähriges Kind, das während eines Scharlachs untersucht wurde. Die auscultatorischen Symptome liessen mit Bestimmtheit erwarten, dass man bei der Durchleuchtung eine Schwellung der mediastinalen Drüsen finden

würde; das Resultat war jedoch negativ. Trotzdem fand man bei der Autopsie eine enorme käsige Schwellung der unteren interbronchialen Drüsengruppe. Man nimmt an, dass verkäste Drüsen für X-Strahlen durchgängig sind.

GONTIER de la ROCHE.

94) **P. Tissier** (Paris). **Behandlung der trachéo-bronchialen Drüsenschwellung. (Traitement de l'adénopathie tracheo-bronchique.)** *Société de thérapeutique. 17. December 1907.*

Verf. hat gute Resultate mit der Anwendung von Fluoroformwasser erzielt.

GONTIER de la ROCHE.

95) **Des Mesnards. Angeborene Verengerungen der Trachea. (Rétrécissements congénitaux de la trachée.)** *Thèse de Bordeaux. 1907.*

Verf. hat in der Litteratur nur drei hierher gehörige Fälle aufgefunden. Die Symptome sind: Inspiratorische Einziehung, Verlangsamung der Respirationsbewegungen, Fehlen der Modificationen der Stimme. Die Krankheit endet stets tödtlich.

BRINDEL.

96) **Galebski. Zur Frage der Behandlungsmethode vermittelst intratrachealer Instillationen per vias naturales. (K woprosu e metode letschenija pri poinoschtschi intratrachealnich wliwanii per vias naturales.)** *Dissertation. Petersburg 1907.*

Die Arbeit enthält 1. einen geschichtlichen Ueberblick über die Entwickelung dieser Frage mit Berücksichtigung der Litteratur; 2. einen experimentellen Theil und 3. klinische Versuche am Krankenbett. Versuche wurden mit Eucalyptol, Menthol, Pyoctanin und Salz gemacht. Thiere vertrugen die Eingiessungen ohne Schaden. Bei der Section wurden die Lungen, abgesehen von leichter Hyperämie, Epithelablösung und ganz geringen atelectatischen Herden normal gefunden.

Am Krankenbette waren die Resultate gleichfalls ermuthigend. Angewandt wurden Menthol in 5proc. Lösung in Ol. amygd. dul. oder Leberthran und Eucalyptol in derselben Weise. Jedesmalige Dosis betrug 5,0. Versucht wurden die Mittel in 17 Fällen.

Als Resultate wurden erwähnt: Verminderung des Hustens, leichtere Expectoration, Verminderung des Auswurfes, Hebung des Selbstgefühls. Es wurde keine Einwirkung auf die Nieren constatirt.

P. HELLAT.

f. Schilddrüse.

97) **De Lapersonne** (Paris). **Hereditärer Basedow. (Maladie de Basedow héréditaire.)** *Société de Médecine. 2. April 1908.*

Beobachtung einer jungen an Basedow leidenden Frau, deren Mutter und Tochter in gleicher Weise erkrankt waren.

GONTIER de la ROCHE.

98) **Goldschmidt** (Strassburg). **Morbus Basedow. (Goitre Basedowifié.)** *Société médicale des hôpitaux. 10. Januar 1908,*

Ein seit 20 Jahren bestehender Kropf, der in letzter Zeit Erstickungserscheinungen machte. Der Tumor verkleinerte sich unter dem Einfluss von Jodpinse-

lungen und innerlicher Jodmedication. Bald jedoch traten schwere Erscheinungen von Basedow'scher Krankheit auf. Schilddrüsentherapie brachte erhebliche Besserung.

GONTIER de la ROCHE

99) **Konrad Hillier** (Melbourne). **Die medicamentöse Behandlung des Morbus Basedow. (The medical treatment of exophthalmic goitre.)** *Intercolonial Medical Journal of Australasia. Februar 1908.*

Verf. unterscheidet drei Formen: Acute und complete; incomplete und chronische. Die acuten Formen erfordern völlige körperliche und geistige Ruhe: sie müssen im Bett gehalten und vor aller Aufregung und Anstrengung bewahrt bleiben. Bromkali und Tinct. Belladonnae sind hier die geeignetste Medication. Keine guten Resultate wurden mittels der Serumtherapie erzielt; bisweilen wurden Erfolge bei Radiotherapie gesehen. Incomplete Formen sind solche, bei denen nicht alle Symptome ausgebildet sind. Ein Klimawechsel, eine Seereise, sind hier oft von Nutzen. Die Anämie soll mit Eisen und Arsen bekämpft werden. In diesen erweist sich auch die Thyreoidintherapie als von Nutzen. Chronische Fälle sollen mit Schilddrüsenextract behandelt und die Struma durch Radiotherapie beeinflusst werden.

A. J. BRADY.

100) **F. S. Buckley. Serumbehandlung der Basedow'schen Krankheit. (Serum treatment of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 23. November 1907.*

Verf. giebt eine sorgfältige Litteraturübersicht und eine eigene Beobachtung, in dem die mittels der Serumtherapie erzielten Resultate sehr zweifelhafter Natur waren. In diesem Falle war die Stimme sehr geringfügig, Tachycardie und Tremor ausgesprochen, Exopthalmus fehlte, die übrigen Symptome waren die üblichen. Es wurde Thyreoidectin in steigender Dosis angewandt. Der anfänglich scheinbar eintretende Erfolg ging uns wieder verloren. Das Möbius'sche Serum ergab dasselbe Resultat. Dagegen schien die 5 Monate hindurch geübte Anwendung von Chininum hydrobromicum positive Resultate zu geben. Verf. ist der Ansicht, dass in der Mehrzahl der Fälle die Angaben über die Serumwirkung nicht detallirt genug sind, um ein abschliessendes Urtheil über den Werth dieser Therapie zu fällen.

LEFFERTS.

101) **J. P. Danhill. Morbus Basedow; partielle Thyreoidectomie unter localer Anästhesie. (Exophthalmic goitre; partial thyreodectomy under local anaesthesia.)** *Intercolonial Medical Journal. 30. November 1907.*

Verf. warnt vor der Chloroformnarkose in diesen Fällen; er meint, dass manche Todesfälle nach der Operation, die als Thyreoidismus bezeichnet werden, eigentlich auf verspäteter Chloroformvergiftung beruhen. Er berichtet detaillirt über 7 von ihm operirte Fälle. Er benutzt Barker's Infiltrationsmethode mit Eucain und Adrenalin. Das Resultat war in allen Fällen ein gutes.

A. J. BRADY.

102) **J. E. Mackenty. Fall von Thyreodectomie wegen Basedow'scher Krankheit. (Case of thyreodectomy for Graves disease.)** *Laryngoscope. December 1907.*

Es handelte sich um eine grosse cystische beiderseitige Geschwulst, die

unter das Sternum hinunterreichte. Nach der Operation bestand linksseitige Stimmbandlähmung, jedoch kein Verlust der Stimme; Exophthalmus, Tachycardie, Palpitation, Nervosität, Muskeltremor, Muskelschwäche, Schlaflosigkeit, Kopfschmerz etc. verschwanden zum Theil völlig, zum Theil besserten sie sich erheblich. Nur besteht noch eine gewisse Reizbarkeit der Blase und Neigung zur Indigestion.

EMIL MAYER.

103) Boyer F. Talley. **Chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (Surgical treatment of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 23. Mai 1908.*

Verf. giebt zuerst einen Ueberblick über die verschiedenen Behandlungsmethoden des Morbus Basedow. Seine persönlichen Erfahrungen über den Erfolg der Operation sind nicht zahlreich, aber so übereinstimmend günstig, dass er sie mit denen bei der Blinddarmoperation vergleichen zu können glaubt. Seine Resultate beziffert er, was die Heilung von den Erscheinungen betrifft, wegen deren die Operation ausgeführt wurde, mit 100 pCt. Diese günstigen Erfolge schreibt er der Thatsache zu, dass es lauter Fälle im Frühstadium waren.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

104) A. Fiedler. **Ueber die Untersuchungsmethoden, welche die Diagnose der Oesophagusdivertikel ermöglichen.** *Dissert. Leipzig 1906.*

Die Oesophagoskopie ist in erster Linie zu empfehlen.

OPPIKOFER.

105) J. Guisez. **Diagnostischer und therapeutischer Werth der Oesophagoskopie; eine auf 300 persönlichen Erfahrungen beruhende Studie. (Diagnostic and therapeutic value of oesophagoscopy; study based on 300 personal observations.)** *N. Y. Medical Journal. 7. März 1908.*

Enthält nichts Neues.

LEFFERTS.

106) H. Starck. **Die Bedeutung der Oesophagoskopie für die Diagnose und Behandlung verschluckter Fremdkörper.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. Heft 1. 1908.*

Die Oesophagoskopie überragt in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht alle übrigen Methoden zur Erkennung und Entfernung von Fremdkörpern in der Speiseröhre. Eine blutige Operation ist erst angezeigt, wenn die Oesophagoskopie versagt. Alle Versuche mit Sonden und Extractionsinstrumenten sind zu unterlassen. Der Kranke ist möglichst frühzeitig der ösophagoskopischen Untersuchung zuzuführen. Kinder sind durchschnittlich zu narkotisiren.

HANSZEL.

107) Galebski. **Ueber Operationen mit unmittelbarer Controle durch Röntgenstrahlen. (Ob operazijach pod nepasredstwannoi prowerki lutschami Röntgena.)** *Sonderabdruck R. Wratsch. 1904.*

Mittheilung eines Falles, wo bei einem 2jährigen Kinde mit Röntgenstrahlen die Extraction eines Geschwüres aus dem Oesophagus gut gelang.

P. HELLAT.

lungen und innerlicher Jodmedication. Bald jedoch traten schv
gen von Basedow'scher Krankheit auf. Schilddrüsentherapie b
Besserung.
GONT'

99) **Konrad Hillier** (Melbourne). **Die medicamentöse Behan(
Basedow. (The medical treatment of exophthalmic goitre.)**
dical Journal of Australasia. Februar 1908.

Verf. unterscheidet drei Formen: Acute und comple
chronische. Die acuten Formen erfordern völlige körperliche
sie müssen im Bett gehalten und vor aller Aufregung und
bleiben. Bromkali und Tinct. Belladonnae sind hier die g
Keine guten Resultate wurden mittels der Serumtherapie er
Erfolge bei Radiotherapie gesehen. Incomplete Formen sind
alle Symptome ausgebildet sind. Ein Klimawechsel, eine Sc
Nutzen. Die Anämie soll mit Eisen und Arsen bekämpft
weist sich auch die Thyreoidintherapie als von Nutzen.
mit Schilddrüsenextract behandelt und die Struma durch
werden.

100) **F. S. Buckley. Serumbehandlung der Basedow'
treatment of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical R*

Verf. giebt eine sorgfältige Litteraturübersicht un
in dem die mittels der Serumtherapie erzielten Result
waren. In diesem Falle war die Stimme sehr geringfüg
ausgesprochen, Exopthalmus fehlte, die übrigen Syn
Es wurde Thyreoidectin in steigender Dosis angewan
eintretende Erfolg ging uns wieder verloren. Das
dasselbe Resultat. Dagegen schien die 5 Monate l
von Chininum hydrobromicum positive Resultate z
sicht, dass in der Mehrzahl der Fälle die Angaben
detallirt genug sind, um ein abschliessendes Urth
rapie zu fällen.

101) **J. P. Danhill. Morbus Basedow; partielle
Anästhesie. (Exophthalmic goitre; partial t
esthesia.)** *Intercolonial Medical Journal. 30*

Verf. warnt vor der Chloroformnarkose i
manche Todesfälle nach der Operation, die als 'l
eigentlich auf verspäteter Chloroformvergiftung
über 7 von ihm operirte Fälle. Er benutzt i
Eucain und Adrenalin. Das Resultat war in al

102) **J. E. Mackenty. Fall von Thyreodect(
heit. (Case of thyreodectomy for Graves d**
1907.

Es handelte sich um eine grosse cy

Specialität sich erobert hat. Es muss nach wie vor unsere Devise bleiben, dass überall per vias naturales und unter Führung des Auges operirt werden soll, und wo halbwegs die Möglichkeit dazu gegeben ist, sei die Operation auch auf diese Weise zu vollenden. Wenn auch die operativen Eingriffe specialistisch geübten Händen überlassen bleiben müssen, so sollen doch die Untersuchungmethoden möglichst Gemeingut aller Aerzte werden. Demgemäss wäre ein geregelter, obligatorischer Unterricht in unserem Specialfache einzuführen. Die bisher geübten Unterrichtsmethoden in mehrwöchigen Cursen, selbst an dem reichen Materiale der grossen Kliniken, wie vor allem in Wien, erweisen sich als unzulänglich. Nähere Angaben über die Vertretung unseres Specialfaches an den verschiedenen Universitäten der Welt machen diesen Wunsch noch erklärlicher. Die Art der Prüfung in den einzelnen Ländern ist verschieden und bedarf einer Regelung. — Während mehrere Gründe für die Vereinigung der Laryngologie mit der Otiatrie ins Feld geführt werden, sind beide Disciplinen doch so verschiedenen Ursprungs und in ihrer angeborenen Grundfarbe so different, dass ihre Vereinigung nicht wünschenswerth erscheint, da dann die Laryngologie Gefahr liefe, zu einem Nebenfache der Otiatrie herabzusinken. F. schliesst mit dem guten Rathschlage: „Umgeben wir die Burg der Laryngologie mit einem dichten Pallisadenwall wissenschaftlicher Arbeiten und sie wird uneinnehmbar sein“.

Der Correferent: Marcell Lermoyez (Paris) hält sein Referat über: „Die Bedeutung der laryngologischen und rhinologischen Untersuchungsmethoden für die allgemeine Diagnostik“.

Er giebt in ausführlicher Weise eine Geschichte der Entwickelung der Laryngologie mit besonderer Berücksichtigung der Verdienste der grossen Männer unserer Wissenschaft. Sehr eingehend beschäftigt er sich mit dem Gebiete der Kehlkopflähmungen, der behinderten Nasenathmung, sowie der Reflexneurosen und prognosticirt am Schlusse eine Revolution in der Pathologie der Bronchien durch die epochemachende Erfindung der Bronchoskopie, analog, wie sie vor 50 Jahren die Laryngoskopie für die Pathologie des Kehlkopfes gebracht hat.

Felix Semon (London) warnt vor übermässiger Ausdehnung der Specialität auf die verwandten Fächer. Auf dem reinen Specialgebiet sei noch genug zu arbeiten.

Schiffers (Liège) hebt die Nothwendigkeit hervor, dass die Studenten in Zukunft einen obligatorischen Unterricht in der Oto-Rhino-Laryngologie wenigstens durch ein Semester erhalten, welchen Ausführungen Massei (Neapel) vollständig beistimmt.

Friedel Pick und Frankenberger geben einige Bemerkungen über die einschlägigen Unterrichtsverhältnisse an den beiden Prager Universitäten.

Daraufhin hält Th. Gluck (Berlin) seinen angemeldeten Vortrag über: „Die Chirurgie im Dienste der Laryngologie“, und beschreibt die Operationsmethode, die er seit mehreren Jahren bei Larynxcarcinom, eventuell mit Uebergreifen auf die umgebenden Theile des Pharynx bei Fehlen von Athemnoth oder Stenose übt. Sie besteht im Wesentlichen in einer queren Resection und Vernähung der Trachea an die Haut des Halses. Dadurch wird eine distale Fistel

gesetzt und die Communication zwischen Lunge und Operationsterrain aufgehoben. Durch diese einzeitige Operationsmethode ist die sonst hohe Sterblichkeit bei ähnlichen Eingriffen minimal geworden, selbst bei Totalexstirpationen des Larynx und eines grösseren Pharynxantheiles. Mittels einer Art Pseudostimme können die Operirten sich noch verständlich machen. In anderen Fällen, in welchen eine solche Pseudostimme nicht zu erzielen ist, benützt Gluck verschiedene Arten von künstlichen Kehlköpfen, welche nach seinem Ausspruch noch verbesserungsfähig wären. Bei Entfernung eines Theiles des Oesophagus konnte Vortr. mit einer trichterförmigen Weichgummiprothese gute Schluckfähigkeit erzielen. Bei halbseitig Operirten räth G., die Kehlkopffistel in Form eines Laryngoschisma offen zu halten, wodurch die Trachealkanüle erspart wird. In inoperablen Fällen ermöglichte die Anlegung einer Lungenfistel eine retrograde Atmung von der Lungenperipherie. Er demonstrirt sodann 4 Patienten, bei denen er wegen Tuberculose vor 9 Monaten bis 10 Jahren die geschilderten Operationen vorgenommen hat, und die bis jetzt recidivfrei sind.

Ueber diesen hochinteressanten Vortrag entwickelt sich eine lebhafte Discussion. Neben mehreren anderen (Blumenfeld, E. Meyer, Kahler) sprach auch Semon, der von den Resultaten der Totalexstirpation im Allgemeinen nicht befriedigt ist und Gluck nochmals ersucht, eine wenn auch mit grossen Schwierigkeiten verbundene Totalstatistik seiner Ergebnisse anfertigen zu lassen, was G. als fast unmöglich hinstellt. Hermann Marschik berichtete im Anschluss daran über 82 Fälle von Larynxcarcinom aus der Klinik Chiari in Wien und das daselbst geübte Operationsverfahren, wie folgt: Ch. operirt bei halbseitigen Exstirpationen zweizeitig nach der alten Billroth'schen Methode und hat grade damit relativ gute Erfolge. Hans Koschier (Wien) referirt über 25 von ihm ebenfalls zweizeitig operirte Fälle von Larynxcarcinom. Er wendet eine Art Mikulicz-Tampon an und rühmt die dadurch bedingte Verhinderung der Schluckpneumonie. In 3 Fällen von Totalexstirpation ermöglichte eine Schornsteinkanüle eine leidlich gute Phonation, was für die Erwerbsfähigkeit wesentlich in Betracht kommt. Er verfügt über $33^1/_3$ pCt. Recidivfreiheit in den vor mehr als 3 Jahren operirten Fällen.

Unter dem Vorsitze Lermoyez' erstattete Nachmittags A. Kuhnt sein Referat: Zusammenhang der Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes mit denen des Auges."

Nach einem allgemeinen Hinweise auf die Notwendigkeit der Erforschung der Beziehungen zwischen Erkrankungen der Nase und des Auges constatirt der Vortr., dass Veränderungen im Tränenschlauch in 93 pCt. rhinogenen Ursprungs sind. weiter sehr häufig Erblindungen durch Ulcus serpens, durch Erkrankungen im unteren Nasengang hervorgerufen werden, Entzündungen des Thränenschlauches, Phlegmonen etc. durch perforirende Empyeme der vorderen Siebbeinzellen zu Stande kommen, seltener die Ductusschleimhaut im Bereiche des Processus praelacrymalis durch eine Antritis in Mitleidenschaft gezogen wird. Die eczematösen Erkrankungen des Auges, die eiternden Katarrhe, die Lidkrämpfe bei Kindern sind oft mit adenoiden Vegetationen vergesellschaftet. Häufiger beobachtet man auch Erkrankungen des Ciliarkörpers, seltener seien solche der Regenbogen- und Aderhaut, sowie

Glaukom, auf Nasenerkrankungen zurückführbar. K. bespricht sodann die nach einzelnen Operationen auftretenden Glaskörpertrübungen, Thrombosen der Vena centralis retinae etc. sowie die funktionellen Sehstörungen. Er weist auf Grund eigener Einwände die Ziem'sche Theorie der uvealen Stauungshyperämie zurück und wendet sich nun der ausführlichen Erörterung der orbitalen und Augencomplicationen durch die acuten und chronischen Eiterungen der Nebenhöhlen zu. Nach einigen diagnostischen Bemerkungen werden die von K. geübten Nebenhöhlenoperationen besprochen.

A. Onodi (Budapest) gibt in seinem Correferate. „Die Beziehungen der Nebenhöhlen der Nase zum Gehirn" einen Ueberblick über seine topographisch-anatomischen Untersuchungen und demonstrirt 63 Tafeln, die das Verhältnis der Nebenhöhlen der Nase zum Gehirn in natürlicher Grösse zeigen und auf sehr instructive Weise über Lage und Entfernung der Nebenhöhlen zu resp. von den Gehirnfurchen, Windungen, Hirnstamm, Brücke und den grossen Ganglien Aufschluss geben. Von 30 bekannt gewordenen Fällen von Hirnabscess wurden nur 7 mit Erfolg durch die Stirnhöhle behandelt. Den in der Hirnchirurgie angegebenen „unteren Stirnpunkt" zur explorativen Gehirnpunktion konnte O. nur viermal finden. Durch Erkrankung der hinteren Stirnhöhlenwand und Perforation kann ein Abscess im convexen Theil und an der Basis des Stirnlappens sowie im Schläfelappen und im Stirnlappen der anderen Seite, durch Erkrankung und Perforation der Siebbeinzellen ein Abscess im Stirnlappen beiderseits und im Schläfelappen derselben Seite auftreten, auch können dabei das Chiasma und der Sehnerv beiderseits erkranken. Von der Keilbeinhöhle aus kann es zur Abscessbildung im Stirnlappen und im Schläfelappen, in den Sehnerven beiderseits kommen, auch kann die Brücke erkranken; hiermit wäre die Erklärung der Entstehung contralateraler und doppelseitiger Hirnabscesse bei einseitiger Nebenhöhlenerkrankung gegeben.

Auch über diese Referate entwickelte sich eine lebhafte Diskussion. M. Paunz (Budapest) referirte über 4 Fälle, in welchen ein nasaler Eingriff Besserung resp. Heilung des Augenleidens brachte. Die Frage des collateralen Oedems im Sehnervencanal resp. der Circulationsstörungen wäre noch besonders zu untersuchen.

L. Rethi (Wien) konnte 2 Fälle von mit Augenerkrankung combinirter Nebenhöhleneiterung durch endonasale Operation zur Heilung bringen.

A. Rosenberg (Berlin) untersuchte gemeinschaftlich mit dem Ophthalmologen Braun 40 Patienten mit Nebenhöhlenerkrankungen mit verschiedenen Augenstörungen und erzielte in mehreren Fällen durch Heilung des Nasenleidens vollständiges Schwinden der Augensymptome.

Hermann Marschick bringt die Statistik der combinirten Nebenhöhlen- und Augenerkrankungen der Klinik Chiari und präcisirt die Indicationen zur endonasalen bezw. äusseren Operation in den geeigneten Fällen.

Sodann theilten Halasz (Miskolcz) und Herbert Tilley (London) ihre diesbezüglichen ziemlich gleichen Beobachtungen mit, worauf G. Killian den grossen Werth der Adenotomie bei phlyctänulären Entzündungen des Auges her-

vorhob und seine prophylaktischen Injectionsversuche in die feinen Gefässe der Nebenhöhlenschleimhaut erwähnte.

Im Anschlusse daran demonstrirte Grünwald (Reichenhall) ein interessantes Präparat, dessen Herstellung auf besondere technische Schwierigkeiten stiess, das den Zusammenhang des Lymphgefässnetzes der Nasennebenhöhlen untereinander erkennen lässt.

Nun sprach G. Mahu (Paris) über „Die Verwendung des automatischen Zungenhalters in der Laryngologie". Durch dieses Instrument bekommt der Operateur beide Hände frei, wodurch die Technik gewisser Mundrachenoperationen erleichtert wird. Er empfiehlt das Instrument zur Adenotomie bei Erwachsenen, Tonsillototomie bei Kindern und in der gesammten Chirurgie des Nasopharynx und der Choanen.

Zum Worte kam dann Alfred Denker (Erlangen), der über „Die operative Behandlung der malignen Tumoren der Nase" sprach. Die Therapie der in den Körperhöhlen sich entwickelnden malignen Tumoren muss nach wie vor eine rein chirurgische bleiben. Schilderung der hauptsächlichsten Operationsmethoden zur radicalen Entfernung der in der Nase und ihren Nebenhöhlen befindlichen malignen Neoplasmen. Als Präliminaroperationen kommen die dauernde und die temporäre Resection des Oberkiefers in Betracht, 2 in der Regel ausserordentlich blutige Eingriffe, welche mitunter die präventive Tracheotomie mit Tamponade der Luftröhre, die Unterbindung der Carotis oder auch die perororale Tubage nöthig machen. Sowohl das Verfahren nach Chalot und Partsch als auch die erwähnten Oberkieferresectionen sind bisweilen von einer enormen Blutung begleitet, welcher Nachtheil sich bei der von D. angegebenen Operation fast ganz vermeiden lässt. Sein Decorticationsverfahren gestattet die breite übersichtliche Freilegung des Ursprungsgebietes der Geschwulst in der Nase und ihren Nebenhöhlen. Es findet dabei keine Continuitätstrennung der äusseren Haut statt, womit ein ideales kosmetisches Resultat erzielt wird. Das Herabfliessen grösserer Blutungen lässt sich dabei fast sicher vermeiden und es fallen somit die präventiven Operationen weg. Auch die Nachbehandlung gestaltet sich einfach.

Uchermann (Christiania) hat die Denker'sche Methode mehrmals mit bestem Erfolge angewandt. Er bespricht weiter seine Erfahrungen über die Bösartigkeit der Sarkome gegenüber den Carcinomen.

Im Anschlusse daran berichtet Ruprecht (Bremen) über einen Fall von Rundzellensarkom der Nase, dessen operative Entfernung wegen zu starker Blutung unterbrochen werden musste, und welches sich im Verlaufe der nächsten Jahre spontan involvirte.

23. April Vormittags.

Präsidenten: Schmiegelow und Frau Buttler.

Felix Semon (London) erstattete sein Referat über: „Die Allgemeinbehandlung localer Leiden der oberen Luftwege" und betont die Wichtigkeit einer Combination einer Localtherapie mit Allgemeinbehandlung

bei allen constitutionellen Erkrankungen, bei bösartigen Geschwülsten, katarrhalischen Affectionen, acuter Bleivergiftung, Diphtherie, acuten Exanthemen sowie bei den Circulationsstörungen, bei der Gicht, in welchem Falle die Allgemeinbehandlung mitunter sogar wichtiger ist als die locale. S. bespricht dann jene Affectionen der Luftwege, in welchen die Erscheinungen auf einzelne Abschnitte beschränkt sind (Heufieber, nervöser Schnupfen, Rachenaffectionen auf Grundlage von Stoffwechselstörungen, in denen die Allgemeinbehandlung von besonderem Werte ist), verschiedene Nervenaffectionen und die Schilddrüsenerkrankungen. Er schliesst mit dem Satze, dass niemand ein guter Specialist sein könne, der nicht gleichzeitig ein guter Allgemeinarzt sei.

An der lebhaften Debatte, die sich begreiflicher Weise bei dem Allgemeincharakter dieses umfassenden Referates entwickelte, betheiligten sich unter andern Watson Williams (Bristol), der seine bisherigen Erfahrungen mit der Opsoninbehandlung besprach, welche sich für die Nachbehandlung nach Nebenhöhlenoperationen eigne. Bei der Larynxtuberculose genüge oft Schweigekur und Anstaltsbehandlung. Theodor Flatau (Berlin) verbreitete sich über die therapeutische Beeinflussung von functionellen Störungen durch die Athemgymnastik. E. B. Waggett (London) über „Vaccinebehandlung bei Sinusitiden", Von dem Gedanken ausgehend, dass bei jeder chronischen Nebenhöhleneiterung ein Gleichgewicht zwischen der toxischen Einwirkung der Bacterienproducte und der Schutzkräfte des Organismus besteht, versuchte W. die Production der protectiven Substanzen im Blute durch eine Vaccinebehandlung nach Wright zu heben. Die Bekanntgabe seiner Misserfolge verfolgt den Zweck, weitere mühevolle Untersuchungen in dieser Richtung zu unterlassen. — Waggett machte weiterhin noch Mittheilungen von den günstigen Erfolgen der internen Darreichung von Kalksalzen bei Rhinorrhoea spasmodica.

Dieser Diskussion folgte der Vortrag Moure's (Bordeaux): Bemerkungen zur Tracheotomie — Thyreotomie beim Kehlkopfkrebs. M. ist für die einzeitige Operation, wonach natürlich die Verwendung der Trendelenburg oder Hahn'schen Kanüle überflüssig wird. Um Verletzungen der Trachealringe zu vermeiden, führt M. eine besondere Kanüle ein, die den Druck in der Trachea auf ein Minimum herabsetzt und sehr leicht einzuführen ist.

In der Discussion sprach sich E. Meyer (Berlin) dahin aus, dass die von M. geübte Technik für eine grosse Zahl von Fällen recht geeignet ist. Im Uebrigen möchte er die Indicationen zur präventiven Tracheotomie möglichst eng ziehen. Auch Thost (Hamburg) lobt die Kanüle Moure's, der er jedoch noch eine andere Biegung geben möchte. Th. Gluck (Berlin) kann bei Laryngofissur jeglicher Kanüle entrathen, da er mittels Suturen die Wundränder durch seine Assistenten auseinander halten lässt. Er operirt bei hängendem Kopf. Luc (Paris) operirt vorzugsweise in Allgemeinanästhesie und kann durch Injection von Cocain-Adrenalin die Operation so blutleer gestalten, dass die Canüle entbehrlich wird. Grünwald (Reichenhall) hingegen spricht sich mehr für die Anwendung der Localanästhesie aus. Semon (London) warnt vor dem Gebrauche des Adrenalins zur Auspinselung des Kehlkopfes oder zur subcutanen Injection bei der Thyreotomie zur Entfernung bösartiger Neubildungen wegen der Gefahr der Nachblutung und

legt Werth auf eine exacte Vernähung der Schildknorpelplatten. Er sieht in dem Gebrauch der Hahn'schen Canüle keine Gefahr von Sepsis, wenn sie sofort nach der Operation entfernt wird. Moure betont in seinem Schlusswort, dass die Präliminartracheotomie in der Regel doch nothwendig sei. Er sieht in der Einführung der Canüle und in der Naht keine Gefahr. Auch er warnt vor dem Gebrauche von Adrenalin. Die von Thomson in der Discussion ausgesprochene Befürchtung, dass der sofortige Verschluss des Wundcanals gefährlich sei, kann er nicht theilen.

Nun folgt Herbert Tilley (London): Einige Bemerkungen zur Differentialdiagnose der chronischen eitrigen Pansinusitis. In ausführlicher Weise erörtert T. die localen und die allgemeinen Symptome der verschiedenen Nebenhöhlenerkrankungen sowie die wichtigsten diagnostischen Hilfsmittel, die Rhinoskopie, die elektrische Durchleuchtung und die Röntgenuntersuchung, letztere als von besonderer Bedeutung für die Diagnose der Sinusitis frontalis hinstellend.

v. Eicken (Freiburg) giebt den principiellen Gang der Untersuchung zur Feststellung einer Nebenhöhlenerkrankung auf der Klinik Killian an, der stets exactest durchzuführen ist, weil oft ein schweres Nebenhöhlenleiden rhinoskopisch sich kaum vermuthen lässt. Williams (Bristol) berichtet unter andern über seine explorativen Ausspülungen der Keilbeinhöhle ohne vorherige Entfernung der mittleren Muschel. Hajek (Wien) hat für einige temporär symptomlose Empyeme die Bezeichnung „chronisch recidivirende Entzündung“ vorgeschlagen. Gerade diese sind oft erst nach wiederholten genauesten Untersuchungen gelegentlich einer acuten Exacerbation nachzuweisen. E. B. Waggett hält den Killian'schen Troiquart für zweckmässiger als die Lichtwitz'sche Nadel. Grünwald (Reichenhall) meint, man solle nicht von Empyemen, sondern von Entzündungen sprechen, die mit verschiedenem Sekret einhergehen. Zur Erleichterung der Diagnose empfiehlt er die provisorische Ausblasung der Nebenhöhlen und Tamponade. A. Kuttner (Berlin) constatirt, dass man mit einer ausgebildeten Röntgentechnik heutzutage im Stande ist, jede Erkrankung der vorderen Nebenhöhlen festzustellen. Thost benützt zu diagnostischen Zwecken Luftverdünnung innerhalb der Nase mittels eines eigenen kleinen Apparates, um Sekret zu erhalten. Vohsen (Frankfurt) hält die Saugmethode für überflüssig, im Uebrigen verweist er auf den diagnostischen Werth eines Geräusches, welches viele Patienten mit acuten Processen einige Sekunden nach dem Schneuzen wahrnehmen und welches wahrscheinlich durch einen Druckausgleich zwischen Nasen- und Nebenhöhlen entsteht. L. Rethi (Wien) verwerthet ebenfalls die negative Luftdouche als diagnostisches Hilfsmittel. Er legt dem von Vohsen besprochenen Geräusch keine diagnostische Bedeutung bei. M. Wassermann (München) möchte die Röntgendiagnostik bei Nebenhöhleneiterungen als nicht so unbedingt verlässlich ansehen, wie Kuttner. A. Onodi (Budapest) resumirt die Ergebnisse seiner eingehenden Untersuchungen über „Elektrische Durchleuchtung und Röntgenaufnahme der Stirnhöhle“ an 1200 Schädeln. Es ergiebt sich, dass die elektrische Durchleuchtung als alleinige Untersuchungsmethode nicht ausreicht und durch die Röntgenuntersuchung unterstützt werden muss.

Die Nachmittagssitzung unter dem Präsidium von Costiniu und Semon war vorzüglich dem Röntgenverfahren gewidmet und folgte nach der Erstattung des Referats über dieses so wichtige Thema eine Reihe instructiver Vorträge, Demonstrationen und discutatorischer Bemerkungen, welche das Interesse so wach erhielten, dass die Sitzung bis zum späten Abend andauerte.

Zuerst erstattete H. Burger (Amsterdam) das Referat über „Die Bedeutung der Röntgenstrahlen in der Rhino-Laryngologie". Burger bespricht den Werth dieser Strahlen für die Anatomie, Physiologie und Diagnostik in unserm Spezialgebiete, hebt den grossen Nutzen derselben zur Beobachtung der Knochenkerne und des Knochenwachstums hervor, wobei das Präparat nicht so wie sonst zerstört werden muss. Durch Röntgenogramme konnten falsche Ansichten über anatomische Verhältnisse berichtigt werden, auch in physiologischer Beziehung haben wir bedeutungsvolle Aufschlüsse erhalten, so über den Schluckakt, die Athmungsmechanik etc., ganz abgesehen von der ausserordentlichen Bedeutung der Radioskopie in diagnostischer und klinischer Hinsicht.

G. Gradenigo (Turin) zählt in seinem Correferate „Ueber die Röntgen- und Radiumtherapie bei den Erkrankungen der oberen Luftwege" in gewissenhaftester Weise die Vortheile der Röntgen- und Radiumtherapie bei den verschiedensten Krankheitsformen unseres Spezialgebietes auf, verschweigt aber auch in anerkennenswerther Weise nicht die unangenehmen Nebenwirkungen, sowie die vorübergehenden und die dauernden Schädigungen in Folge dieser beiden Verfahren.

Artur Schüller (Wien) räth zur Anfertigung sogenannter „typischer" Röntgenaufnahmen für das Gebiet der rhino-röntgenologischen Diagnostik.

(Schluss folgt.) F. Hanszel (Wien).

Bericht über die Ausstellung anlässlich des I. Internationalen Rhino-Laryngologen-Congresses in Wien 1908.

In den geräumigen Festlocalitäten des k. k. Universitätsgebäudes auf dem Franzensring fand in den Tagen vem 21. bis 25. April 1908 eine Ausstellung von in unser Specialgebiet einschlägigen Objecten statt, an der sich Kliniken, Institute, Fachärzte und Fabrikanten des In- und Auslandes ausserordentlich zahlreich betheiligten. Die Ausstellung fand den ungetheilten Beifall aller Kongresstheilnehmer und auch anderer Aerzte, die sich für die Fortschritte in unserem Fache interessiren. Von den Congresstheilnehmern wurde allgemein bedauert, dass in Folge des grossen Arbeitspensums in den Sitzungen die Zeit zur Besichtigung der Ausstellung viel zu kurz wurde, so dass es zweckmässig erschien, sie noch am 26. April offen zu halten.

Dem Charakter der Gedenkfeier unserer Pfadfinder entsprechend wurde der Exposition historischer Objecte besonderes Augenmerk zugewendet, doch wurde auch unserem „Mittelalter", der neuen und der neuesten Zeit ihr volles Recht.

Die Ausstellung war katalogisch und, soweit dies anging, auch räumlich in zwei grosse Gruppen getheilt, deren erste die Kliniken, Institute und Fachärzte, deren zweite alle Fabrikanten umfasste.

I. Theil.

Den weitaus grössten Raum der ersten Gruppe nahm die Ausstellung der k. k. Wiener Universitätsklinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten (Vorstand Hofrath Chiari) ein. In 8 grossen Schränken sah man eine Auslese von hochinteressanten historischen Objecten, so die Instrumente von Türck, von Bruns, Semeleder, Mackenzie, v. Schrötter, Störk und ihre verschiedensn Modificationen, deren werthvolle Ergänzung vom k. k. Museum für Geschichte der österreichischen Arbeit beigesteuert war, das u. a. den ersten von Türck benutzten Kehlkopfspiegel, unter einem Glassturz sorgsam geschützt, ausstellte. Die Klinik hatte ferner in vielen Gläsern die interessantesten pathologisch-anatomischen Präparate, sowie statistische Tabellen, Wandtafeln, Originalporträts von Garcia, Türck, Störk, eine Fremdkörpersammlung und Moulagen aufgestellt. Viel bewundert wurde Türck's Sammlung von Originalaquarellen der Kehlkopf- und Nasenkrankheiten, von der Meisterhand Elfinger's gemalt und unübertroffen dastehend, die auf einem Drahtgestell zur bequemen Ansicht gebracht war. Das Wiener k. k. pathologisch-anatomische Institut hatte 92 in unser Specialgebiet einschlägige Musealpräparate ausgestellt, die ebenso bedeutendes Interesse erregten, wie Hajek's Collection von 31 Nasen- und 6 Kehlkopfpräparaten, welch' letztere seine Untersuchungen über das Larynxödem betreffen. Auch Koschier's 10 verschiedentliche Präparate fanden eingehende Besichtigung, die auch den von der Thierärztlichen Hochschule exponirten Präparaten von Rohrerdampf (Lähmung der Stimmritzenerweiterer) und Fremdkörpern in der Trachea des Pferdes zu Theil wurde.

Gluck brachte zahlreiche exstirpirte Kehlkopf- und Pharynxtumoren mit, von denen er einen grossen Theil gelegentlich seines Vortrages demonstrirte. Nicht geringeres Interesse erregten die 138 Präparate aus dem Museum des k. k. anatomischen Institutes in Wien der Hofräthe Toldt und Zuckerkandl, welche u. a. die normale Anatomie der Nase, die Entwickelungsgeschichte, Varietäten, hypertrophische und atrophische Rhinitis, Polypen, Lues, Tuberculose, Synechien und die Form der äusseren Nase zum Gegenstand haben. Nicht unerwähnt möchte ich die Exposition der 35 Trockenpräparate Hajek's, sowie seinen Apparat zur Uebung der Radicaloperation an der Leiche lassen. Von der Meisterhand des Wiener Mouleurs Dr. Henning hergestellte Moulagen in reichlicher Anzahl aus dem Besitze der Universitätsklinik und des Professors Grossmann sowie der Thierarznei-Hochschule in Wien bildeten eine Zierde der Ausstellung. Ebensowenig als die Zeit der Congresstheilnehmer ausreichte um die erwähnten Objekte eingehend zu besichtigen, ebensowenig hatten sie Gelegenheit, die ausserordentlich zahlreich exponirten Wandtafeln, Zeichnungen, Photographien und Röntgenogramme näher zu besichtigen. Es sind da zu nennen Hennig aus Königsberg, der mit 40 überlebensgrossen Originalgemälden als Unterrichtstafeln zur Pathologie der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs eine der Riesenwände des grossen Saales bekleidete. Photographische Abbildungen verschiedener Krankheitsformen brachten Aboulker und Garel in Lyon, welch letzterer stereoskopische Bilder des Kehlkopfes am Lebenden und Photographien von Kehlkopfpräparaten nach dem Autochromverfahren von Lumière, ferner ein Laryngophantom mit Läutewerk, durchwegs hochinter-

ressante Objecte, sehen liess. Ferner waren von Gluck Wandtafeln, darstellend seine Operationsmethode, farbige Originalzeichnungen bronchoskopischer Befunde von H. v. Schrötter exponirt. Auch Hajek und die Tochter des verstorbenen Laryngologen Gouguenheim in Paris, Bousquet und Onodi (dieser mit einer stattlichen Serie von Bildern, speciell die Nebenhöhlen und die Innervation des Kehlkopfes betreffend) trugen zur Bereicherung dieses Theiles der Ausstellung bei. Röntgenogramme, theils anatomische, theils pathologische Verhältnisse des Oberkiefers darstellend, brachten Grossmann (17 Bilder), Nadolecny, der vorzugsweise sondirte Nebenhöhlen sehen liess, Scheier, Morelli, Brown Kelly, Mouret, Hoffmann (Dresden) und Heymann und Ritter; Manuscripte und wissenschaftliche Werke Czermak's und 13 Arbeiten des verstorbenen Hack (Freiburg), sowie die von ihm herausgegebene Zeitschrift für Otolaryngologie von Kanasugi in Tokio, diverse Objecte Della Vedova's, das Stroboskop des Gesanglehrers Wethlo (Berlin) und Labus Beitrag fanden volle Beachtung. — Auch die Instrumente waren in dieser Abtheilung untergebracht, und zwar von Cauzard, Buscaroli, Czermak, Frankenberger, Stern, Hajek, Mahu, Fein, Rethi, Uchermann und in einem grösseren Umfange von Schrötter, der auch eine reichhaltige Sammlung von Fremdkörpern ausgestellt hatte. Ferner hatten sich die Vorstände der anderen Ambulatorien an den grossen Wiener Krankenanstalten, so Weil mit einigen Instrumenten, Heindl mit Rachenmandelpräparaten und einigen Fremdkörpern, Hanszel mit Choanal- und Gaumenabdrücken an der Exposition betheiligt. Auch eine praktische Laryngologen-Apotheke von Löwenberg in Berlin erregte Interesse.

II. Theil.

In zwei kleineren Sälen war vorzugsweise die Exposition von Fabriken der medicamentösen und instrumentellen Objecte untergebracht. Auch das Wienerwald Sanatorium, die bekannte erstklassige Privatanstalt für Erkrankungen der Atmungsorgane speciell Tuberculose hatte hier ihr schmuckes Anstaltsmodel postirt. Neuere pharmazeutische und organotherapeutische Präparate brachte die Firma F. Bayer u. Co. (Elberfeld) u. A. Mentholpräparate, Coryfin, Alypin, die Hoechster Farbwerke (Sajodin, Novocain, Sera etc.), Parke Davis u. Co., London, Zimmer u. Co., Frankfurt (Estoral als Schnupfpulver etc.), Wellcome u. Co., London (Tabloids, Sprays etc.), Lahìr (Kaupastillen und Zahnpulver bei Stomatitis), ferner die Apotheken des Dr. Stohr, Wien und „zur Austria“, Wien (gelatinöse Nasenbougis und Radiumpräparate), Camillo Raupenstrauch, Wien (Chloräthyl in Automatenröhren), Dr. v. Sember und Dr. Fehlhaber, Berlin (Migrol gegen Cephalalgie), Clin u. Co., Paris (u. A. Electrargol, Tuberculin Dr. Jakobs), Heyden, Radebeul (Ooral ein secretlösendes Silberproteinat zur Behandlung infect. Schleimhauterkrankungen etc.), Volkmarklopfer, Dresden (Jodglidine) und Dr. Freund und Dr. Redlich, Berlin (u. A. Renoform, ein Nebennierenpräparat zum Aufschnupfen).

Von den namhaften Instrumentenfirmen hatten sich betheiligt die Firma Détert-Berlin, welche u. a. sterilisirbare Kehlkopfspiegel, die Athemplatte nach Glatzel, eine neue Muschelschere nach Herzfeld, ein zweckmässiges Drahtt-

behältnis nach Jansen, eine Serie von Nähinstrumenten zur intranasalen Naht nach Jankauer ausstellte, die Firma Windler-Berlin, welche an interessanten Neuheiten den Kehldeckelhalter nach Mermod, eine modif. Sprechkanüle nach Gluck brachte, Firma Pfau, Berlin, die sehr schöne Wachs- und Knochenpräparate nebst einer Kehlkopfzange nach Struyken, einer Zange zur Eweiterung des Duct. nasofrontalis auf endonosalem Wege etc. zur Schau stellte; ferner sah man eine interessante Zusammenstellung aller bronchoskopischen Instrumente und ein Phantom zur Bronchoskopie aus der Heimat der Bronchoskopie von J. L. Fischer in Freiburg i. B. und verschiedene Instrumente, von Münchener Fachcollegen angegeben, durch die Firma H. Katsch in München ausgestellt. Sehr zweckmässig scheint das von der Firma Walb in Heidelberg u. a. mitgebrachte complete Kehlkopfinstrumentarium, auf den Handgriff Kümmel's passend, zu sein, ebenso wie der Pulverbläser nach Hedderich. Aber auch die beiden grossen Wiener Firmen J. Leiter und Reiner brachten interessante Neuheiten, erstere u. A. eine nach Chiari modif. Brünning'sche bronchosk. Pincette, ein Speculum für Galvanokaustik in der Nase nach Hanszel, letztere u. A. auch eine grosse Anzahl von Instrumenten nach Angabe der Wiener Laryngologen. Beide Firmen bereicherten auch die historische Austellung mit selbstverfertigten Instrumenten allerersten Zeit der Laryngologie. Electrotechnische Neuheiten sah man bei der Firma Reiniger, Gebbert und Schall (laryngologischer Untersuchungsstuhl nach B. Fraenkel, Bronchoskop nach v. Schrötter, Oesophagoskope, Anschlussapparate u. s. w.) auch die Firmen F. Reiner u. Co., Wien und L. Schulmeister, Wien beteiligten sich mit einer grossen Anzahl elektromedicin. Apparate (flexible Reflectoren mit Bodenstativ etc.). — Grossen Beifall fand die Exposition der Firma Dümmler, Wien mit ihrem Revolverstereoskopkasten mit 50 Bildern aus unserem Spezialgebiete, ihren Diapositiven und den diversen Instrumentenkasten und Tischen. Zu erwähnen ist noch ein neuer Spiegelcondensor zur Beobachtung ultramikroskopischer Theilchen, Mikrotome und Mikroskope von der Firma Reichert, Wien, Verbandsstoffe Wiener Erzeugung (Kahnemann u. Krause) sowie ein Intubationsbesteck von Dr. Engelmann, Wien. Die Expositionen der Verlagsbuchhandlungsfirmen wie Safar-Wien und W. Engelmann-Leipzig (Gesammelte Schriften J. N. Czermak's), Heryng's Apparate für kalten, lauwarmen und heissen Spray sowie andere Inhalationsapparate (System Bulling und Dr. Alexander Reichenhall, Giner Alino, Valencia etc.) vervollständigten das umfangreiche Bild aller in unser Specialgebiet einschlägigen Artikel auf das zweckmässigste.

Hanszel.

V. Briefkasten.

Herr F. Hanszel (Wien) ist in die Reihe der regelmässigen Mitarbeiter des Centralblatts eingetreten.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, September. 1908. No. 9.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente.

1) **Erbrich. Der erste internationale laryngo-rhinologische Congress in Wien. (Niewszy miedrynarodowy, zjard Laryngologow i rinologow w Wiedniu.)** *Gazeta Lekarska. No. 24, 25. 1908.*

Verf. beschreibt den Eindruck, den er vom Congress mitnahm, die wichtigsten Arbeiten und das Resultat desselben in einer ausführlichen Arbeit, die in einer Sitzung der Warschauer Laryngologischen Gesellschaft vorgetragen wurde.

A. v. SOKOLOWSKI.

2) **Sendziak. Die Entwickelung der Laryngologie und Rhinologie bei den einzelnen Nationalitäten. (Rozwoj laryngologii i rynologii u poszczególynch narodowosci.)** *Medycyna. No. 16. 1908.*

Die Arbeit wurde in extenso in dem Centralbl. f. Laryngol. veröffentlicht.

A. v. SOKOLOWSKI.

3) **M. Werner** (Budapest). **Bericht über die Thätigkeit des Ambulatoriums für Hals- und Nasenkranke im hauptstädtischen St. Johannes-Spitale (Primärarzt Dr. Polyak) im Jahre 1906.** *Budapest srckesföváros közkórhárainar cokönyre. 1906.*

Der casuistische Theil der Publication enthält Krankengeschichten von luetischem Kieferhöhlenempyem, Sklerose des Kehlkopfes, Radikaloperation der Stirnhöhle nach Killian-Hajek, grossem Tuberculom des Nasenrachens, Diaphragma des Nasenrachens, tuberculösen Papillomen der Luftröhre und mehreren tracheo-ösophagoskopischen Fällen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

4) **Holger Mygind** (Kopenhagen). **Die oto-laryngologische Bibliothek des Communehospitals zu Kopenhagen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 380. 1907.*

Eine Danksagung an die ausländischen Collegen, die mit ihren Arbeiten die Bibliothek der oto-laryngologischen Klinik des Communalhospitals zu Copenhagen bereichert haben. Da die Bibliothek eine Anzahl von katalogisirten Doubletten

besitzt, ist Verf. gern bereit, solche mit ähnlichen Bibliotheken zu tauschen sowie Bücher u. s. w. an andere Specialbibliotheken auszuleihen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

5) **Siebenmann** (Basel). **Ueber Mitbetheiligung der Schleimhaut bei allgemeiner Hyperkeratose der Haut.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S 101. 1907.*

Genaue Beschreibung eines Falles von ichthyosiformer Erkrankung. Es handelt sich um eine 19jähr. Magd, die seit frühester Kindheit an Hyperkeratosis cutis universalis leidet ebenso wie ihre Mutter. Die Affection der Schleimhäute besteht auch schon seit langer Zeit und ist progredient. Der Mund kann schlecht geöffnet werden, die Zunge wird unbeweglicher und das Schlucken macht Schwierigkeiten. Bei angestrengter Arbeit tritt Stridor ein. Der Schleimhautüberzug der Lippen ist grösstentheils in eine graue, undurchscheinende Zone von derber Consistenz verwandelt; die Schleimdrüsen springen als höckrige Knötchen vor. Das Frenulum der Oberlippe ist kurz, verdickt, mit vernarbten Einrissen. Der Schleimhautüberzug des Alveolarfortsatzes ist ebenfalls wulstig. Die Schleimhaut des Velums, des vorderen Gaumenbogens und einer Partie der Tonsillen zeigt sich beiderseits in grosser Ausdehnung gelblich weiss verfärbt. Vom harten Gaumen ziehen strahlige, gelbliche Flecken in scharfer Abgrenzung gegen das gesunde Gewebe des weichen Gaumens hinein, während die Uvula und die nächste Umgebung ihrer Basis normal ist. Die Zunge kann kaum über die Zahnreihe hervorgestreckt werden und fühlt sich in toto ziemlich hart an. Die Zungenoberfläche fühlt sich an und sieht aus wie kurzgeschorener, rauher Plüsch. Die Unterfläche der Zunge ist glatt, aber noch härter als die Oberfläche. — Vereinzelte weisse Flecke finden sich auf der hinteren Rachenwand und den Sinus pyriformes. Das obere Drittel der Epiglottis ist grau-rosa, sammetartig, verdickt. Eine über hanfkorngrosse Prominenz findet sich auf der hinteren Larynxwand. Die Stimmlippen zeigen flache Verdickungen des Randes, wodurch Schlussunfähigkeit besteht.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt Pachydermie des Rachens und des Kehlkopfs, während der Papillarkörper der Lippenschleimhaut und der der Frenulumgegend der Zunge mit Sclerom entfernte Aehnlichkeit haben.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

6) **Georg Cohn** (Königsberg i. Pr.). **Bemerkungen zu dem Aufsatz von Peras: „Primärer Lupus der Schleimhäute".** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie Bd. 19. S. 167. 1907.*

Verf. vertritt die Ansicht von dem häufigen Vorkommen des primären Lupus der Nasenschleimhaut und führt zum Beweise dafür Feststellungen der älteren und neueren Literatur an.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

7) **A. Eysell** (Kassel). **Beitrag zur Syphilistherapie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 24. 1908*

Autor empfiehlt als „bequeme, reinliche und diskrete Methode der Syphilisbehandlung" 3mal tägliche Einblasungen von Calomel in beide Nasen. Lässt man den Kranken während des Einblasens tief inspiriren, so „gelingt es leicht,

auf diesem Wege das Pulver auch in den Kehlkopf und die Trachea einzustäuben". Abgesehen von der Beeinflussung localer Processe, sah Autor bei dieser Methode „syphilitische Affectionen an anderen Körperstellen ebenfalls verschwinden". „Oertliche Reizungen treten nur bei gleichzeitiger Verordnung von Jod auf", „Stomatitis mercuralis bei entsprechender prophylaktischer Behandlung der Mundschleimhaut selten". Bei kleinen Kindern verwendet Autor Calomel und Milchzucker zu gleichen Theilen, bei Patienten über 10 Jahre Calomel 2:1 Milchzucker, 0,1—0,3 dreimal täglich in jedes Nasenloch.

HECHT.

8) **Richard Arthur** (Sidney). **Die Nachahmungsfähigkeit der Syphilis. (The mimicry of syphilis.)** *Australasian Medical Gazette. 20. März 1908.*

Verf. theilt zwei Fälle mit, die einen Commentar bilden sollen zu der Arbeit von Sir Felix Semon über die Differentialdiagnose zwischen Tuberculose, Syphilis und maligner Erkrankung des Larynx, und zeigen, wie gross die Schwierigkeiten sind, die bisweilen erwachsen.

Der erste Fall betraf eine sehr decrepide Frau von 35 Jahren. Sie hatte eine typische Schwellung über den Aryknorpeln; die Epiglottis war gleichfalls erkrankt. Es bestand eine ausgedehnte Affection der rechten Lunge. Nach zwölf Monaten sah A. die Patientin wieder; ihr Zustand hatte sich weder zum Bessern noch zum Schlechtern verändert. Er gab jetzt grosse Dosen Jodkali; nach einigen Monaten war die Heiserkeit fast verschwunden und die Aryknorpel hatten ihr gewöhnliches Aussehen wiedererlangt.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine Frau in mittleren Lebensjahren, bei der ausgesprochene Schwellung und Ulceration eines Stimmbandes bestand, ferner Halsdrüsenschwellung. Auch hier trat Heilung unter antisyphilitischer Behandlung ein.

A. J. BRADY.

9) **Letulle** und **Debré. Sporotrichose der Haut und der Schleimhäute. (Sporotrichose de la peau et des muqueuses.)** *Société médicale des hôpitaux. 19. März 1908.*

Verff. haben Gelegenheit gehabt, bakteriologische und pathologisch-anatomische Untersuchungen eines schweren Falles von Sporotrichose anzustellen. Die Abhandlung enthält zahlreiche Abbildungen.

GONTIER de la ROCHE.

10) **K. Hess. Die pneumatische und Inhalations-Behandlung.** *Giessen 1908.*

Eine populäre, recht geschickt geschriebene Abhandlung über die verschiedenen Arten der pneumatischen und Inhalationsbehandlung: Von den zu diesen Zwecken zur Verfügung stehenden Apparaten sind besonders die im Bad Nauheim aufgestellten berücksichtigt. — War es aber durchaus nothwendig, das Büchlein, das in dieser Form doch offenbar nur für Laien bestimmt und berechtigt ist, mit einer ausführlichen Indicationsstellung zu belasten?

A. KUTTNER.

11) **Weinberger. Weitere Beiträge zur Radiographie der Brustorgane.** (Aus der III. med. Universitäts-Poliklinik weil. Hofrath v. Schrötter's in Wien.) *Med. Klinik. No. 16. 1908.*

Speciell in mehreren Fällen von Bronchialcarcinom hat die Radioskopie die

Diagnose wesentlich erleichtert. Die Entwicklung des schattengebenden Krankheitsherdes in einem oberen Lappen bei Freibleiben der anderen Seite sowie die gleichmässige Beschaffenheit und oft charakteristische Gestalt und Begrenzung der durch das Neoplasma bewirkten Schattenbilder gegenüber den fleckigen, diffus angeordneten und unscharf conturirten Infiltrationsprozessen vermag die Differentialdiagnose gegen tuberculöse Erkrankungen wesentlich zu unterstützen.

HANSZEL.

12) **Heinrich Hálasz** (Miskolcz). **Der Werth des negativen Druckes (Saugens) in der Oto-Rhinologie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1907.*

Nach ausgiebiger Besprechung der einschlägigen Literatur Empfehlung des Sondermann'schen Saugapparates bei den verschiedenen eitrigen Affectionen der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

HECHT.

13) **H. Burger** (Amsterdam). **Die Bedeutung der Röntgenstrahlen in der Rhino-Laryngologie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 4. 1908.*

Skizzirung des auf dem Wiener Laryngo-Rhinologen-Congress erstatteten Referates bezüglich Anatomie, Physiologie und Diagnostik.

HECHT.

14) **Baumgarten. Ueber den therapeutischen Werth des Coryfins.** *„Gégészet". Beilage der Budapesti Orvosi Ujság. No. 14. 1908.*

B. wandte dasselbe mit Erfolg an: bei acuter Coryza als Pinselung, bei Larynxtuberculose mit Anästhesin (1,0 auf 20,0 Coryfin) als Instillation.

v. NAVRATIL.

15) **J. F. Burnhill. Formidinpulver in der Ohren-, Nasen- und Halschirurgie. (Formidine powder in ear, nose and throat surgery.)** *Journal of Ophthalmology, Otology and Laryngology. März 1908.*

Formidin wird mit Zusatz von 25—75 proc. Bismuth oder Borsäure als Ersatzmittel für Jodoform gebraucht.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Franz Törne** (Lund). **Hochgradige Stenose in der Nase beim Uebergang zwischen Vestibulum und der eigentlichen Nasencavität.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 552.*

Beschreibung des Falles, der auf einen congenitalen Bildungsfehler zurückgeführt wird. Heilung durch Operation.

F. KLEMPERER.

17) **Kurt Walliczek** (Breslau). **Ueber eine neue Operationsmethode der vorderen Nasenstenose resp. Nasenatresie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 47. 1907.*

Verf. lässt die geringfügigen Verwachsungen gewöhnlich unbehandelt. Bei hochgradigen Verengerungen verfährt er, da ihn die bisherigen Methoden nicht befriedigten, folgendermaassen:

1. Act: Trennung der Verwachsungen des Nasenflügels mit dem Septum in

der Richtung nach dem Nasenboden und nach oben hin bis fast an die Nasenspitze. Sodann Trennung des Nasenflügels in seinem knorpeligen Abschnitt vom Boden und Abziehen nach aussen und oben. Dabei Durchschneidung der Arteria angularis und ihrer beiden den Flügel versorgenden Aeste. Blutstillung.

2. Act: Umsäumung der Wundränder durch Nähte.

3. Act: Verf. löst neben der äusseren Ansatzlinie des Nasenflügels aus der Haut der Wange einen etwa 5 mm breiten und beliebig langen spitzwinkligen Lappen, dessen Stiel an der Oberlippe ist, und näht diesen an den inneren Wundrand der durch Ablösung des Nasenflügels entstandenen Wunde fest. Den noch freien äusseren Rand des so auf den Nasenboden transplantirten Lappens vernäht er mit dem inneren Wundrande an der Basis des abgelösten Nasenflügels und den äusseren Wundrand des Nasenflügels mit dem noch übrig bleibenden äusseren Rand der Wunde an der Wange, aus welcher der Hautlappen in die Nase transplantirt wurde.

4. Act: In die Nase wird ein mit Jodoformgaze umwickeltes starkes Gummirohr eingeführt. Collodium- resp. Heftpflasterverband.

Die Nachbehandlung gestaltet sich äusserst einfach. Am zweiten bis dritten Tage wird das Gummirohr aus der Nase entfernt, statt dessen wird ein Jodoformgazestreifen in die Nase eingelegt. Am 5. Tage Entfernung der Nähte. Bettlägerig sind die Patienten nur am Tage der Operation, welche am besten in Narkose vorgenommen wird. Nach 10—12 Tagen ist die Nase heil und der Patient kann als völlig geheilt mit vorzüglicher Nasenathmung entlassen werden. Narben bleiben nicht zurück.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

18) **A. Balla. Ueber die congenitale Choanalatresie. (Sulla stenosi congenita delle coane.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Juli 1907.*

Verf. theilt ausführlich zwei Fälle mit; der eine betraf eine 25jährige, der andere eine 45jährige Frau. Er giebt eine sehr umfangreiche Literaturübersicht. Im Ganzen hat er 153 bisher veröffentlichte Fälle ausfindig gemacht, die er in typische (96), atypische (31) und unbestimmte (26) eintheilt. Nach der Art der Atresie waren es 96 mit knöcherner, 29 mit membranöser, 8 mit gemischter, 1 mit fibrocartilaginöser und 16 mit unbestimmter. Beiderseitig waren 72, rechtseitig 47, linksseitig 23; bei 11 ist nicht angegeben, auf welcher Seite die Atresie war.

FINDER.

19) **L. D. Brose. Völliger congenitaler Verschluss der rechten Choane. (Complete congenital occlusion of the right posterior nares.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Es handelte sich um einen völligen knöchernen Verschluss. Die Operation wurde in Chloroformnarkose gemacht, indem der Zeigefinger der linken Hand zum Schutz in den Nasenrachen eingeführt und dann mit dem Troikart von vorne her eine Oeffnung gemacht wurde; diese wurde nach unten und aussen mit Säge und Meissel erweitert, bis ein ziemlich grosses Gummirohr durchgeführt werden konnte. Der Katheter wurde erst nach 6 Wochen fortgelassen.

EMIL MAYER.



20) **Koenigstein. Ein Fall von Atresie der linken Choane infolge von Knochenbildung. (Przypadek kostnego zarosniecia tewej choany.)** *Gazeta Lekarska. No. 8. 1907.*

Die Atresie, die ein 18jähriges Mädchen betroffen hat, wurde vom Verf. in operativer Weise mittelst Ausmeisselung mit günstigem Erfolge beseitigt.

A. v. SOKOLOWSKI.

21) **Litwinowicz. Ein Fall von totaler Verwachsung der hinteren Nasenöffnungen. (Przypadek supelnej niedreznosci tylnych nozdrzy.)** *Gazeta Lekarska. No. 15. 1908.*

Bei der Rhinoscopia anterior wurde eine narbige Zusammenziehung der Schleimhaut mit kleinen Einziehungen auf der linken Seite oberhalb des Palatum wahrgenommen. Die Rhinoscopia posterior ergiebt eine ausgesprochene Atrophie der Schleimhaut. Der Patient, bei dem der Geruch vollständig erhalten war, konnte die nasalen Consonanten nur mit Mühe aussprechen. Die Aetiologie des Falles blieb ganz dunkel.

A. v. SOKOLOWSKI.

22) **J. G. Parsons. Hypertrophie der Muscheln. (Hypertrophy of the turbinates.)** *Journal of the American Medical Association. 16. März 1907.*

Verf. sticht in das vordere Ende der Muschel sein Instrument, ein „Sägemesser", ein und durchtrennt so submucös das cavernöse Gewebe; er will auf diese Weise denselben Effect erzielen, wie bei einer submucösen Cauterisation, ohne dass dieselben Uebelstände, wie bei dieser, nämlich die nachfolgende Reaction und Functionsstörung der Schleimhaut, auftreten.

EMIL MAYER.

23) **I. Kubo** (Fukuoka, Japan). **Ueber die Entstehung der sogen. „lappigen Hypertrophien" der Nasenmuscheln.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 202. 1907.*

Nach Verf. kommen zwei Hauptursachen für die Lappenbildung in Betracht: Reichthum an Drüsenausführungsgängen und Wucherung der adenoiden Schicht. Die Papille als solche ähnelt mikroskopisch absolut dem Polypen; daher ist es klar, dass die lappige Hypertrophie fast gar nicht von Cocain beeinflusst wird infolge des nur sehr geringen Gehaltes an Gefässen. Während die Papillen frei von Drüsen und Gefässlacunen sind, enthalten sie Capillaren, lockere Bindegewebsfasern, infiltrirte Rundzellen und Schleimzellen.

Das Gewebe unter den Papillen besteht hauptsächlich aus Drüsen, Gefässlacunen, Bindegewebsfasern und Rundzellen in wechselnder Menge. In dieser Schicht befinden sich die Veränderungen bei der glatten Hypertrophie.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

24) **Inokichi Kubo** (Japan). **Beiträge zur Histologie der unteren Nasenmuschel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 85.*

Die histologischen Untersuchungen K.'s, welche den Schwellkörper und die elastischen Fasern der unteren Muschel zum Gegenstand haben, sind auf der Killian'schen Klinik vorgenommen. Das Untersuchungsmaterial stammt

von einem Menschen, bei dem wenige Stunden nach dem Tode dadurch eine natürliche Injection der gesammten Blutgefässe der Nase erzielt wurde, dass die Leiche auf einem Brett befestigt mit den Füssen nach oben gestellt wurde. — Ueber den Verlauf des Gefässsystems sagt Verf.: Die Art. nasalis posterior — nach ihrer Verzweigung in drei kleinere Arterien getrennt — schickt kleine Zweige in die Subepithelialschicht, zu den Drüsen und zum Periost und zerfällt in Capillaren. Diese Capillaren münden insgesammt in den Schwellkörper und leiten das Blut in die Venenstämme. Die Arterien münden nirgends direct in den Schwellkörper, sondern immer erst nach Auflösung in Capillaren.

F. KLEMPERER.

25) **Ino Kuko** (Fukuoka, Japan). **Zur Frage des normalen Zustandes der unteren Nasenmuscheln des Menschen. (Histologische Untersuchungen an den Muscheln von Neugeborenen.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 191. 1907.*

Auf Grund seiner Untersuchungen an Nasen von Neugeborenen (5 Fälle) kommt Verf. zu einigen für die Pathologie wichtigen Schlüssen:

1. Die Verdickung der Grenzmembran ist ein Zeichen überstandener Entzündung der Nasenmuscheln.
2. Unregelmässige, in die Tiefe vorgerückte Drüsen ergeben die Mitleidenschaft der Drüse bei Entzündungen.
3. Ausgeprägtsein der adenoiden Schicht in der subepithelialen Schicht bedingt Muschelhypertrophie.
4. Bedeutende Dicke der Gefässwandungen der Rindenschicht und Unregelregelmässigkeit der Lumina beweisen Hypertrophie der Schwellapparate.
5. Das Vorhandensein der elastischen Fasern in der subepithelialen Schicht kann man keineswegs als ein Zeichen von Hypertrophie der Muschel betrachten.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

26) **Alexander Baurowicz** (Krakau). **Eine Cyste der unteren Nasenmuschel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 388.*

Die Cyste verrieth sich durch Durchbruch nach aussen, nachdem einige Monate vorher Nasenpolypen entfernt worden waren.

F. KLEMPERER.

27) **Jac. Cohn** (Bromberg). **Eine überfüllte Knochencyste der unteren Nasenmuschel.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No 1. 1908.*

Nach Besprechung der einschlägigen Literatur Mittheilung der Krankengeschichte obigen Falles.

HECHT.

28) **J. M. Bick. Partielle Entfernung der unteren Muschel mit der Myles'schen Nasenzange. (Partial inferior turbinectomy as perfomed with Myles' nasal forceps.)** *Illinois Medical Journal. November 1906.*

Verf. rühmt die Vorzüge der Zange gegenüber den scheerenartigen Instrumenten. Die Weichtheile des hinteren Muschelendes werden mit der kalten Schlinge entfernt. Auf die Wunde wird eine ziemlich dicke Schicht Watte aufgelegt, diese dann mit Collodium durchtränkt und so 4—6 Tage lang liegen gelassen.

EMIL MAYER.

29) **D. A. Kuyk. Eine operative Methode zur Verkleinerung der unteren Muschel ohne Cauterisation oder Excision. (An operative method for the reduction of the inferior turbinate other than by cauterization or excision.)** *N. Y. Medical Record. 9. März 1907.*

Verf. macht eine oder mehrere Incisionen durch die Schleimhaut der hypertrophischen Muschel bis auf den Knochen; dann wird in diesen mit einer breiten Säge ein Einschnitt gemacht, dessen Tiefe sich nach der Beschaffenheit des Knochens richtet. Ist dieser hypertrophirt und stark, so geht der Schnitt tief in seine Substanz hinein. Nach Reinigung der Nase werden die Ränder der Schleimhautincisionswunde sorgfältig in den Knochenschnitt hineintamponirt, der zu diesem Zweck gehörig breit gemacht worden war. Der Tampon bleibt 3—4 Tage liegen und wird dann vorsichtig entfernt.

LEFFERTS.

30) **J. L. Goodale. Pathologie der mittleren Muschel. (Pathology of the middle turbinate.)** *Journal of the American Medical Association. 22. Juni 1907.*

Verf. bespricht die Entzündungen der mittleren Muscheln, die Hypertrophie und Atrophie derselben. Es sei schwierig zu sagen, weshalb in einem Fall Hypertrophie des Knochens vorherrscht, in einem anderen Resorption der Knochensubstanz. Möglich ist, dass die entzündliche Infiltration, welche die Substanz der Muscheln durchdringt, an manchen Stellen zu einer Stase infolge Compression der Venen führt; andererseits kann eine durch die Infiltration hervorgerufene Congestion im Periost Uebererernährung bewirken und so zu einer Hyperplasie führen.

EMIL MAYER.

31) **N. Lewin** (Moskau). **Ein Fall von Mucocele der mittleren Muschel.** (Aus der k. k. Universitätsklinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten des Hofrath O. Chiari in Wien.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Die Cyste entwickelte sich diesmal abweichend von den bisher bekannten Fällen in der Schleimhaut des vorderen Endes der mittleren Muschel als Retentionscyste. Die histologische Untersuchung spricht für einen entzündlichen Ursprung.

HANSZEL.

32) **A. Schmidt** (Würzburg). **Ein blutender Polyp der unteren Muschel (Angioma cavernosum).** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 515. 1907.*

Sehr heftige Blutung aus einem am vorderen Ende der rechten unteren Muschel sitzenden, erbsengrossen, blaurothen Tumor mit dünnem Stiele. — Durch Abtragen des Tumors mit der Schlinge und Tamponade wurde die Blutung beseitigt. Bei der mikroskopischen Untersuchung ergab sich als Grundlage der Geschwulst ein sehr zellreiches Bindegewebe, das durch enormen Reichthum an Bluträumen ausgezeichnet ist.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

33) **Greenfield Sluder. Eine Methode zur theilweisen oder völligen Entfernung der mittleren Muschel. (A method for the removal of the whole or a part of the middle turbinate.)** *Journal of the American Medical Association. 29. Juni 1907.*

Die mittlere Muschel wird von ihrem Ansatz an die Siebbeinkapsel mittelst

eines im rechten Winkel zum Griff gebogenen und an den Rändern scharfen Messers losgetrennt. Die Ausführung dieser Procedur wird detaillirt beschrieben und durch Abbildungen illustrirt. Wenn die Muschel nach der Abtrennung noch, wie dies gewöhnlich der Fall ist, an einigen Schleimhaustreifen festhängt, so wird sie mittels der Schlinge ganz entfernt.

EMIL MAYER.

34) **J. N. Stucky. Nichtoperative Behandlung der mittleren Muschel. (Non-operative treatment of the middle turbinate.)** *N. Y. Medical Record. 6. Juli 1907.*

Die primäre Ursache der Erkrankungen der mittleren Muschel ist gewöhnlich eine Allgemeinaffection; die unmittelbare Veranlassung besteht in übermässigem Genuss von Caffee, Thee, Alcohol. Es handelt sich meist um neurotische Patienten, die gut zu leben gewohnt sind und sich nicht viel bewegen. Meist leiden sie an Obstipation. Man findet bei ihnen Indicanurie und harnsaure Diathese. Verf. findet selten Localbehandlung nöthig; seine Therapie richtet sich nur allein gegen den Allgemeinzustand.

LEFFERTS.

35) **W. E. Casselberry. Die Indicationen zur Resection der mittleren Muschel. (The indications for resection of the middle turbinate.)** *Journal of the American Medical Association. 6. Juli 1907.*

1. Zur Drainage der Nebenhöhlen und um diese der Diagnose und Behandlung zugänglich zu machen.

2. Zur Drainage und Reinigung bei gewissen Formen der atrophischen Rhinitis (Atrophische Ethmoido-Rhinitis).

3. Zur Beseitigung ödematöser Schwellungen und als Zugang zur Radicalbehandlungen nicht-eitriger Ethmoiditis und Nasenpolypen.

4. Um den Druck aufzuheben, durch den Kopfschmerz, Neuralgie, Augensymptome etc. hervorgerufen werden.

5. Um die nasale Respiration zu verbessern.

6. Um Hyperästhesie zu beseitigen und gewisse Reflexe, wie Niessen, Asthma etc. herabzumindern.

EMIL MAYER.

36) **P. Heymann** und **G. Ritter** (Berlin). **Zur Morphologie und Terminologie des mittleren Nasenganges.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. Heft 1. 1908.*

Verschiedene Auffassung und verschiedene Nomenclatur haben die Autoren bestimmt, auf Grund eingehender Studien an zahlreichen eigenen Präparaten eine scharf begrenzte Definition des Hiatus semilunaris und des Infundibulum zu geben, wodurch das Verständnis der complicirten Verhältnisse wesentlich gefördert wird. Die Details sind im Originale nachzusehen.

HANSZEL.

37) **A. Onodi** (Budapest). **Ueber die häutigen Theile der sogen. Fontanelle des mittleren Nasenganges.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 488.*

Anatomische Studie: Beschreibung und Abbildung der verschiedenen vorkommenden Varietäten.

F. KLEMPERER.

38) **Onodi. Ueber die membranöse Wand des mittleren Nasenganges.** *Orvosi Hetilap. No. 48.*

Verf. stellte an 20 Schädeln Untersuchungen über die laterale Wand des mittleren Nasenganges an, namentlich über deren membranöse Stellen, die „Fontanellen“ Zuckerkandl's. Unterscheidet im Gebiete des Hiatus seminularis eine untere und obere Fontanelle, hinter dem Hiatus eine hintere, über und unter demselben eine obere und untere hintere Fontanelle. Giebt Massangaben über die Grösse der membranösen Stellen. Beschreibt die Verhältnisse der accessorischen Oeffnungen.

v. NAVRATIL.

39) **George Laurens. Behandlung der chronischen eitrigen Rhinitis der Kinder. (Treatment of chronic suppurative rhinitis of children.)** *N. Y. Medical Journal. 4. August 1906.*

Verf. empfiehlt, besonders für die Rhinitis bei kleinen Kindern, Wasserstoffsuperoxyd. Das Präparat muss durchaus rein sein; da es bisweilen Spuren von Salzsäure enthält, die sehr irritirend auf die Nasenschleimhaut wirkt, so empfiehlt er vorherige Neutralisation durch Soda. Um die Stabilität der Lösung zu sichern, wird Zusatz von Acid. boric. gerathen. Diese Lösung für locale Application soll mit 2 Theilen destillirten Wassers gemacht werden. Es wird drei bis viermal täglich ein halber Theelöffel voll dem Kind in jedes Nasenloch gegossen. Die Resultate waren ausgezeichnet.

LEFFERTS.

40) **Louis Fischer. Rhinitis bei Kindern, sowie recidivirende Rhinitis infolge intestinaler Autointoxication. (Rhinitis in children including recurrent coryza, due to intestinal autointoxication.)** *N. Y. Medical Record. 5. Januar 1907.*

F. beschreibt, was er „intestinale Rhinitis“ nennt. Diese Form kommt häufig bei dyspeptischen Kindern mit Darmstauungen vor. Die vasomotorischen Nerven, welche die Nasenschleimhaut versorgen, bewirken, wenn sie durch intestinale Toxine afficirt sind, vasomotorische Störungen, deren eine die recurrirende Rhinitis ist. Der Urin enthält in solchen Fällen stets Indican. Die Behandlung soll vor allen Dingen sich gegen die Grundursache richten.

LEFFERTS.

41) **Jeannin. Eitrige Rhinitis mit citronengelbem Ausfluss beim Neugeborenen. (La rhinite purulente à écoulement citrin chez le nouveau-né.)** *L'obstétrique. No. VI. 1906.*

Diese Art von Rhinitis tritt gewöhnlich am 6. bis 7. Tage nach der Geburt in brüsker Weise auf. Der Ausfluss ist charakterisirt durch seine helle, durchsichtige Beschaffenheit und eine citronengelbe Farbe, die durchaus pathognomonisch ist; er ist sehr reichlich und erschöpft sich nach einigen Tagen. Die Respiration wird schwierig, der Allgemeinzustand ist in Mitleidenschaft gezogen, die Temperatur steigt auf 39° bis 41°.

Der Verlauf ist verschieden. Manche Kinder gehen innerhalb 2—3 Tagen in Folge pneumonischer Complication zu Grunde. Tritt Heilung ein, so hört der Ausfluss nach 8—10 Tagen auf, ohne dass chronische Veränderung zurückbleiben. Die Hälfte der Fälle jedoch verläuft tödtlich.

Die primäre Ursache der Erkrankung besteht in Erkältung. Ein anderer

wichtiger Factor jedoch ist die Ansteckung; die Erkrankung fällt häufig zusammen mit Mammainfectionen der Mutter.

Die bacteriologische Untersuchung ergiebt in den meisten Fällen das Vorhandensein des Staphylococcus aureus; niemals wurden Gonokokken gefunden.

C. CARTAZ.

42) George L. Richards. **Die atrophische Rhinitis: ein Vorwurf gegen die Rhinologie. (Atrophic rhinitis: a respreach to rhinology.)** *Journal of the American Medical Association. 5. Januar 1907.*

Verf. geht von dem Satze aus, dass die atrophische Rhinitis für den Patienten selbst und seine Umgebung unangenehmer sei, als Hypertrophie der Muscheln, der Tonsillen, ja unter Umständen selbst als Sinuserkrankungen und dass sie zu Unrecht von der Rhinologie stiefmütterlich behandelt werde, bespricht dann Aetiologie und Pathologie der Erkrankung und kommt zum Schluss wieder darauf zurück, dasssie das entmuthigendste Kapitel in der gesammten Rhinologie darstellt.

EMIL MAYER.

43) Fletcher E. Ingals. **Die Behandlung der hypertrophischen und intumescirenden Rhinitis mittels Galvanokaustik. (The treatment of hypertrophic and intumescent rhinitis with galvanocautery.)** *Y. N. Medical Journal. 10. August 1907.*

Verf. hält in den Fällen, bei denen keine Complication durch Deviationen und Leisten vorliegt, die Galvanokaustik für die Methode par excellence. Sind Deviationen oder Leisten geringen Grades vorhanden, so bringt die Galvanocaustik Erleichterung, ohne dass Septumoperationen nothwendig würden. Verf. hat bei mehreren tausend Cauterisationen nur einmal eine Complication durch Mittelohreiterung gesehen. Bei linearer und kunstgerechter Galvanocaustik trifft der Einwand nicht zu, dass durch den Eingriff zu viel von der Schleimhaut zerstört wird. Borkenbildung tritt nicht stärker auf, als nach anderen Nasenoperationen.

LEFFERTS.

44) H. Schmidt (Harsefeld). **Zur Therapie der Ozaena: Gurgeln mit geschlossenem Munde.** *Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1908.*

Schmidt empfiehlt das „Gurgeln mit geschlossenem Mund“, wobei ein Theil der Gurgelflüssigkeit in den Nasenrachen gespritzt wird und hier, während das Gaumensegel auf- und niederbewegt wird, die Secretborken bespült, die dadurch rasch zur Lösung gebracht werden“.

HECHT.

45) Sondermann. **Tamponade der Nase bei Ozaena. (Packing the nose in ozaena.)** *N. Y. Medical Record. 5. Januar 1907.*

Die Spülungen sind für den Patienten unbequem, werden daher von dem Patienten oft vernachlässigt und bieten ausserdem die Gefahr der Infection der Tube. Er empfiehlt folgende Methode, die ihm grosse Dienste geleistet hat: der Patient erhält einen Apparat, bestehend aus einem kleinen aus sehr dünnem Gummi gearbeiteten Beutel, der an einem abnehmbaren Rohr und Gummiballon befestigt ist. Der Beutel wird in zusammengedrücktem Zustand in die Nase eingeführt und

wird dann mittels des Ballons aufgeblasen. Er legt sich dann von selbst den Nasenwandungen an und reicht sogar bis in den Nasenrachenraum. Durch einen Klemmhahn wird die Luft am Entweichen gehindert und der Ballon wird abgenommen. Nach 5—10 Minuten lässt man die Luft heraus und der Beutel kann jetzt leicht entfernt werden; mit ihm kommen die Borken heraus. Verf. räth dazu, den Apparat zuerst zweimal, später einmal täglich zu benutzen. LEFFERTS.

46) **Albert Blau** (Görlitz). **Die Behandlung der Ozaena mittelst Paraffininjectionen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 448.*

Verf. berichtet über 10 Fälle. In 5 derselben wurde durch die submucösen Paraffininjectionen jegliche Borken- u. Geruchsbildung vollständig zum Schwinden gebracht; in 3 Fällen verschwand der Geruch, aber eine ganz geringfügige Bildung durch Schneuzen leicht entfernbarer kleinster Borken blieb bestehen. Der durch die Behandlung erreichte Zustand der Besserung bezw. Heilung in den 8 Fällen bestand noch 1—$2^1/_2$ Jahre nach Aufhören der Behandlung in gleicher Weise fort. F. KLEMPERER.

c. Mundrachenhöhle.

47) **N. Ph. Blegvad** (Kopenhagen). **Schwarze Zunge (Lingua villosa nigra).** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 197. 1907.*

Sehr ausführliche Beschreibung von 10 seit 1905 beobachteten Fällen und erschöpfende Literaturangabe. —

In der Epikrise kommt Verf. zu dem Schluss, dass die meisten Hypothesen einer eingehenden Kritik nicht standhalten können und dass die schwarze Zunge durch Verlängerung der Papillae filiformes einerseits, anderseits durch Verfärbung auf rein chemischem Wege, vor allen Dingen durch Ingesta (Speisen, Wein, Tabak) und durch Medicamente (Eisen, Quecksilber u. A.) entsteht.

Die Ursache ist wahrscheinlich eine Reizung, am häufigsten wohl eine leichte Glossitis, die durch ein Leiden der Nase, des Halses oder der Verdauungsorgane, durch Rauchen, Anwendung von Medicamenten hervorgerufen wird. Für das beste Mittel hält Verf. eine 10proc. Wasserstoffsuperoxydlösung zum Pinseln, die durch die Wirkung ihres Sauerstoffs den Farbstoff geradezu destruiren kann.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

48) **F. Guégneu** (Paris). **Ueber ein neues „Oosporon" in der schwarzen Haarzunge. (Sur un „oospora" nouveau dans la „langue noire pilouse".)** *Académie des sciences. 11. März 1908.*

Dieser Pilz, den Verf. „Oospora lingualis" nennt, findet sich gewöhnlich auf der Zunge nicht; er färbt sich nach Gram, lässt sich aber nur schwer cultiviren. In dem mitgetheilten Fall war er mit dem gewöhnlichen „Cryptococcus linguae pilosae" vergesellschaftet. GONTIER de la ROCHE.

49) **Pawlowski. Zur Frage der acuten Entzündung der Zunge infolge Staphylokokkeninfection. (K woprosu ob ostrom wospal. jasika stafilokokkowawo proishoshdenijia glossit acuta staphylococcika.)** *Russ. Wratsch. No. 44. 1907.*

Pawlowski berichtet, dass nach seinen Untersuchungen in Kleinrussland

die Hände und die Haut besonders der Bauern sehr häufig mit Staphylokokkenansiedelungen bedeckt seien. Darin sieht P. den Grund der daselbst häufiger beobachteten Glossitis von acutem, benignem Charakter, welche sonderlich bei Kindern mit Bläschenbildung verläuft und bei leichter Desinfection in etwa 8 Tagen zur Heilung gelangt. In 8 Fällen hat er Staphylokokken in den Bläschen nachgewiesen. P. meint, dass diese Form noch nicht beschrieben worden ist.

P. HELLAT.

50) **Dominici** und **Borg** (Paris). **Epitheliom der Unterlippe, behandelt mit den P-Strahlen des Radium. (Epithelioma de la lèvre inférieure traité par les rayons P du radium.)** *Société française de Dermatologie et Syphiligraphie. 5. März 1908.*

Der Tumor ist rapid zurückgegangen bis zur völligen Heilung. Es wurden die P-Strahlen mit Ausschluss der α u. β-Strahlen nutzbar gemacht.

GONTIER de la ROCHE.

51) **E. Baumgarten** (Budapest). **Leyomyoadenom am Zungengrunde.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 156. 1907.*

Beschreibung eines bohnengrossen, mit normaler Schleimhaut bedeckten, grauweissen Gebildes am Zungengrunde eines 10jährigen Mädchens, das sich seiner histologischen Structur nach als Myoadenom charakterisirte.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

52) **W. Freudenthal. Sarkom der Mandel und Zungenbasis, mit Radium behandelt. (A case of sarcoma of the tonsil and base of the tongue, treated with radinm.)** *The Laryngoscope. December 1907.*

Die Dauer der ersten Exposition betrug 10 Minuten, die der folgenden 20 bis 25 Minuten. Man muss bei der Exposition, besonders im Larynx, vorsichtig sein, da häufig Oedem erfolgt. Nach der zweiten oder dritten Sitzung begann die Geschwulst sich zu verkleinern; nach der fünften bis sechsten Sitzung war sie verschwunden. Ein vor der Radiumbehandlung entferntes Stück war von Jonathan Wright als Rundzellensarkom erklärt worden.

EMIL MAYER.

53) **C. E. Ruth. Excision der Zunge wegen Carcinom. (Excision of the tongue for carcinoma.)** *Journal of the American Medical Association. 21. September 1907.*

Aus den anatomischen Verhältnissen ergiebt sich, dass, auch wenn nur eine Seite der Zunge erkrankt ist und entfernt werden muss, doch die Lymphdrüsen auf beiden Seiten des Halses zu entfernen sind. Die Entfernung der Lymphdrüsen soll auch Exstirpation der Submaxillaris und wahrscheinlich auch der Sublingualdrüsen in sich schliessen; auch sollen sorgfältig die Drüsen im Trigonum digastricum und direct unter der Unterkiefersymphyse aufgesucht werden. Die Art. facialis und lingualis müssen vorher unterbunden werden. Der Operation kann dadurch erheblich an Schwierigkeit genommen werden, dass man vorher Atropin verabfolgt, um die Ansammlung von Schleim in der Mundhöhle zu verringern.

Die Zuführung des Chloroform erfolgt durch einen in das eine Nasenloch eingelegten Katheter; durch einen anderen in das andere Nasenloch eingeführten Katheter erfolgt die Athmung.

Verf. spricht den Gedanken aus, dass durch die Unterbindung der das Organ hauptsächlich versorgenden Gefässe und die dadurch beschränkte Ernährung auch der Neigung zu Recidiven Einhalt gethan wird.

EMIL MAYER.

54) **Dominici** und **Borg** (Paris). **Epitheliom der Unterlippe, behandelt mittels P-Strahlen des Radium. (Epithelioma de la inférieure traité par les rayons P du radium.)** *Société française de Dermatologie et Syphiligraphie. April 1908.*

Verf. theilt eine Beobachtung mit, eine Geschwulst betreffend, die sich vom Jahre 1900 bis 1907 entwickelte und sich als ein Fibrosarkom in der Art der Endotheliome erwies. Er erinnert daran, dass Mischgeschwülste des Gaumensegels sehr selten sind. Diese Tumoren können practisch als gutartig bezeichnet werden.

GONTIER de la ROCHE.

55) **Openheim. Ein Fall von Oberlippenkrebs. (Rak wargi górnej.)** *Medycyna. No. 6. 1908.*

Verf. beschreibt einen Fall von Oberlippenkrebs bei einem 51jähr. Manne. Im Laufe eines Jahres wuchs die Geschwulst in der Gegend der rechten Seite der Oberlippe zu der Grösse einer grossen Wallnuss, war hart, blutig und schmerzhaft. Verf. operirte sie radical und untersuchte mikroskopisch, worauf das Geschwür sich als Carcinoma keratodes erwies.

A. v. SOKOLOWSKI.

56) **Voigt. Ueber Gefässgeschwülste der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 19. 1908.*

Die zwei Fälle von Teleangiectasie betrafen Schwestern. Die blaurothen Knötchen, varicösen Venen entsprechend, fanden sich zahlreich an der Gesichtshaut, Lippen- und Mundschleimhaut sowie in einem der Fälle am knorpeligen Septum; Pharynx und Larynx waren normal. Die Teleangiectasien hatten sich bei beiden Patienten erst gegen Ende der 30er Jahre entwickelt. Während in dem einen Falle Beschwerden fehlten, bestanden bei dem andern häufig Blutungen aus Mund und Nase. Eine Behandlung wurde verweigert.

Die dritte Beobachtung betrifft eine 33jähr. Patientin, bei der ein Angioma cavernosum zufällig entdeckt wurde; keine Blutung, keine wesentlichen Schluckbeschwerden. Die Geschwulst war vom subcutanen Gewebe des äusseren Halses ausgegangen und von da allmälig in das Innere der Mund-, Rachen- und Kehlkopfhöhle eingedrungen, an der linken Gaumenmandel, an der linken Hälfte der Zungenbasis, im linken Sinus piriformis und in der linken Kehlkopfhälfte traubenförmige blaurothe Tumoren bildend. Zwei wohlgelungene farbige Abbildungen. Der Tumor der linken Gaumenmandel wurde galvanocaustisch gestichelt, im übrigen aber auf Wunsch der Patientin vorläufig von weiterer Behandlung abgesehen.

OPPIKOFER.

57) **Balás. Fall von Lipoma palato-buccale.** *Orvosi Hetilap. No. 3. 1908.*

Die Kranke zählt 48 Jahre und hat eine kindsfaustgrosse Geschwulst im Munde, deren kurzer, stämmiger Stiel mit der linken Velumhälfte und der angrenzenden Buccalschleimhaut zusammenhängt; dieselbe besteht seit Kindheit und vergrösserte sich successive. Wurde operativ entfernt und die Diagnose histologisch bestätigt.

v. NAVRATIL.

58) **Zwillinger. Fall von Haemangioma cavernosum hypopharyngis.** *Orvosi Hetilap. No. 3.*

Schon referirt in den Sitzungsberichten. v. NAVRATIL.

59) **Bernex. Papillom der Uvula. (Papillome de la luette.)** *Marseille médical. No. 24. 1907.*

Spastische Hustenanfälle verschwanden nach der Entfernung des Tumors.

BRINDEL.

60) **Levinger** (München). **Ein congenitaler behaarter Rachenpolyp.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 19. 1906.*

Mittheilung der Krankengeschichte obigen Falles und des mikroskopischen Untersuchungsbefundes nebst Beigabe eines Mikrophotogrammes. HECHT.

61) **Francis Patten Emerson. Allgemeines Lympho-Sarkom mit vorwiegender Betheiligung des Rachens. (General lympho-sarcoma accentuated in the pharynx.)** *The Laryngoscope. Februar 1908.*

Der Fall wurde über 5 Jahre lang beobachtet. Verf. rühmt die Wirkungen der Arsenbehandlung, besonders in den Frühstadien der Erkrankung. In vorliegendem Falle trat der Tod in Folge Sepsis nach einem geringfügigen Trauma ein. Die Autopsie zeigte, dass das Sarkom auch im anatomischen Sinne völlig geheilt war.

EMIL MAYER.

62) **T. della Vedova. Der Rachenkrebs, seine Ursachen und Prophylaxe. (Il cancro della gola, sue cause e sua profilassi.)** *La pratica otorinolaringoiatrica. December 1907.*

Es handelt sich um eine klinische Vorlesung, gehalten beim ärztlichen Fortbildungscurs in Mailand.

Verf. bespricht zuerst die ätiologischen Factoren, die er in individuelle, gelegentliche und pathologische eintheilt. Zu den Gelegenheitsursachen rechnet er: Stimmmissbrauch, Tabak, Alkohol und Traumatismus. Unter den pathologischen Ursachen räumt er der Lues und Tuberculose einen Platz ein. Nachdem er die Lehre eines parasitären Ursprungs der Carcinome besprochen hat, kommt Verf. zu dem Schluss, dass die chronischen entzündlichen Affectionen der oberen Luftwege von grösster Bedeutung für die Entstehung der Rachenkrebse sind.

FINDER.

d. Diphtherie und Croup.

63) **L. N. Sambon** (London). **Die Epidemiologie der Diphtherie im Lichte einer möglicherweise verhandenen Beziehung zwischen diphtherischen Affectionen beim Menschen und den niederen Thieren. (The epidemiology of diphtheria in the light of a possible relationship between the diphtheric affections of man and those of the lower animals.)** *Lancet. Vol. I. p. 1143. London 1908.*

Der reiche Inhalt der Arbeit lässt sich nur unvollkommen als Referat geben. Verf. bespricht die verschiedenen Formen der Diphtherie bei den Thieren, besonders die Vögeldiphtherie; er führt es auf letztere zurück, dass manche Vögel, wie Fasanen und unter Umständen Wachteln, bei gewissen orientalischen Völkern als unrein gelten. Er vergleicht das Verhältniss der Thierdiphtherie zur Diphtherie des Menschen mit dem zwischen menschlicher und boviner Tuberculose. Was auch die Unterschiede zwischen den Tuberkelbazillen der verschiedenen Thiere sein mögen, ihre löslichen Producte sind identisch; ebenso sind die Diphtherietoxine bei Mensch und Thier dieselben. JAMES DONELAN.

64) **Stumpf** (Würzburg). **Ueber Bolusbehandlung bei Diphtherie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 22. 1908.*

„Von einer Bolusaufschwemmung im Verhältniss von 1:2 (z. B. 125 g Bolus auf $^1/_4$ Liter frisches Wasser) reicht man den Kranken alle 5 Minuten oder auch noch häufiger einen Theelöffel bis $^1/_2$ Kinderlöffel voll zum Verschlucken. Giebt man die stets gut umgerührte Aufschwemmung in dieser Häufigkeit — von der möglichst häufigen Einführung des Mittels hängt natürlich der ganze Erfolg ab — so wird man bei der Rachendiphtherie ungefähr Folgendes beobachten können: Schon nach ganz kurzer Zeit verschwindet der üble Geruch im Munde, nach 2—3 Stunden beginnen Fieber und Pulszahl langsam zu sinken, gleichzeitig geht allmählich die Drüsenschwellung und zwar oft ganz überraschend schnell zurück. Diesem Rückgang der Krankheitserscheinungen entsprechend sistirt fast mit Beginn der Behandlung die Zunahme der Beläge, schon nach ungefähr 10 Stunden bricht der diphtherische Rasen an einzelnen Stellen ein, er zerklüftet sich, zwischen den nunmehr inselförmigen Belagpartien wird die eigenartig glänzende und intensiv geröthete Rachenschleimhaut sichtbar. Schon nach 36 bis längstens 48 Stunden wird, wenn man die Behandlung nicht vorzeitig unterbricht, völlige Heilung beobachtet." Autor behandelte auf diese Weise 15 z. Th. recht schwere Rachendiphtherien im Alter von $1^1/_2$—11 Jahren, „die alle unter dem vorstehend mitgetheilten Verlauf zur vollen Genesung führten". Ein sechszehnter Fall starb nach wenigen Stunden an Herzparalyse. Nasenspülungen mit Bolusaufschwemmungen gleicher Concentration empfiehlt Verf. bei Nasenrachendiphtherie, bei Scharlach und bei grösseren Kindern neben dem Verschlucken des Mittels auch Gurgelungen mit demselben. HECHT.

65) **S. v. Gerlóczy** (Budapest). **Die im hauptstädtischen St. Ladislaus-Spitale in 1906 durch Serotherapie erreichten Erfolge bei Diphtherie.** *Budapest székesfőv. közkórházainak évkönyve. 1906.*

Von 558 mit Heilserum behandelten Diphtheriefällen heilten 449 (88,4 pCt.),

starben 59 (11,6 pCt). Intubation war in 66 Fällen nothwendig gewesen, 35 Fälle endeten davon mit Heilung, 31 starben. Rachen- und Kehlkopflähmungen kamen 21mal vor, Decubitalgeschwüre nach der Intubation sind 6mal festgestellt worden, 2mal bildete sich perichondritischer Abscess. Secundäre Tracheotomie war 4mal ausgeführt, diese schweren Fälle endeten letal. Mischinfection kam 59mal vor, zumeist mit Scharlach.

v. NAVRATIL-POLYAK.

66) **F. v. Szontagh** (Budapest). **Ueber einige Fragen der Serotherapie der Diphtherie. (A diphtheria serumtherapiajának néhány kérdéséről.)** *Budapesti Orvosi Ujsag. No. 1. 1908.*

Der sehr interessante Vortrag muss im Original nachgelesen werden.

v. NAVRATIL-POLYAK.

67) **Frank W. Thomas. Plötzlicher Collaps nach Injection von Diphtherieantitoxin. (Sudden collapse following injection of diphtheria antitoxin.)** *Journal American Medical Association. 4. Juli 1908.*

Man muss sich fragen, warum der Patient nach der ungünstigen Wirkung der ersten Injection noch weitere Einspritzungen erhielt. Verf. sucht dies dahin zu beantworten, dass eine derartige toxämische Intoxication vorlag, dass ohne heroische Maassregeln an eine Wiederherstellung nicht zu denken war. Um die Herzaction zu stärken, wurde bei jeder der folgenden Antitoxindosen gleichzeitig Strychnin gegeben. Es trat dank der bei dem Collaps angewandten kräftigen Stimulation schliesslich doch Heilung ein.

EMIL MAYER.

68) **Conforti. Glottisödem bei der Serumkrankheit. (L'edema sottoglottideo nella malattia da siero.)** *Rivista critica di Clinica Medica. Juni 1908.*

Verf. berichtet über 3 Fälle von Glottisödem bei Kindern nach Diphtherieseruminjectionen. Nachdem er jedwede urämische Intoxication, den Spasmus glottidis und auch eine etwaige Zunahme des eigentlichen diphtherischen Processes ausgeschlossen hat, führt Verf. das Glottisödem auf das Serum zurück, das gleichzeitig Exanthem hervorrief. Man muss diese Folgeerscheinung der Seruminjectionen kennen, um nicht in den Fehler zu verfallen, beim Auftreten der Erstickungserscheinungen die Injection zu wiederholen.

FINDER.

69) **Franklin Royer. Ueberempfindlichkeit der Menschen gegen Pferdeserum. (Hypersusceptibility of man to horse serum.)** *The therapeutic Gazette. 15. Juni 1908.*

Es ist ziemlich unbezweifelt, dass eine nach geraumem Zeitintervall gemachte zweite Seruminjection unmittelbare Störungen einige Tage früher zur Folge hat, als wie man es bei normaler Reaction findet. Die unmittelbare Reaction tritt in 18—27 pCt. der Fälle von zweiter Infection auf. Die beschleunigte Reaction sieht man in 30—40 pCt. der Fälle. Diese Reactionen sind unangenehm; jedoch ist bisher kein tödtlich verlaufender Fall berichtet.

Nach des Verf.'s eignen und nach fremden Beobachtungen haben mehrere Tage lang fortgesetzte tägliche Seruminjectionen keine unangenehmen Folgen; beträgt das Intervall zwei Tage, so sieht man öfter Erythem und Fieber, beträgt

es drei Tage, so sind die Störungen grösser, und bei noch längeren Intervallen muss man auf ernstere Erscheinungen gefasst sein. Man thut gut, für sein Verhalten in Bezug auf die Serumtherapie aus diesen Erscheinungen die nöthigen Lehren zu ziehen.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

70) **Ernst Barth** (Berlin). **Röntgenographische Beiträge zur Stimmphysiologie. A. Stimmphysiologische Betrachtungen.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 396. 1907.*

Um die Umrisse der Zunge auf dem Röntgenbilde deutlich zur Erkennung zu bringen, benutzt Verf. bei seinen Versuchen ein dünnes, leichtes, metallenes Kettchen, dessen Ende mit einer kleinen Metallkugel beschwert ist. Er legt dasselbe so auf die Medianlinie der Zunge auf, dass das Ende in die Vallecula dicht an das Ligamentum glosso-epiglotticum medium reicht, während das andere Ende des Kettchens aus dem Munde heraushängt. Auch zur Kenntlichmachung der Lage des weichen Gaumens lässt sich das Kettchen benutzen, indem es den Nasenboden entlang in den Nasopharynx so weit hineingeführt wird, dass das Kügelchen gerade den freien Rand des weichen Gaumens überragt. Die an einem Kammersänger vorgenommenen interessanten Versuche gaben eine Bestätigung der geltenden Vocaltheorie. In den Photographien, die die Form der Mundhöhle bei den verschiedenen Vocalen zeigen, besitzen wir ein pädagogisches Hülfsmittel beim Sprach- und Gesangunterricht. — Im Anhang beschreibt Prof. E. Grunmach die Röntgentechnik.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

71) **Bresgen. Sprachgebrechen und Nasenluftweg.** *Med.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilkde. Heft 11—12. 1907.*

Eine kurze Abhandlung, die darauf hinweist, dass die erste Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung der Sprache die Gesundheit der Sprachorgane ist.

A. KUTTNER.

72) **P. Gerber. Die menschliche Stimme und ihre Hygiene.** *Treubner's Verlag. 1907.*

In dem vorliegenden Büchlein sind die Vorlesungen veröffentlicht, welche der Verf. als „Volksthümliche Hochkurse“ in der Königsberger Universität gehalten und welche er auf Wunsch seiner Hörer hat drucken lassen. Dieser Wunsch ist wohl verständlich, denn das Gerber'sche Werkchen ist von so ausgezeichneter Klarheit und zeigt eine so geschickte Auswahl und Anordnung des Stoffes, dass es sicher trotz der starken Concurrenz auf diesem Gebiete mit allen Ehren bestehen wird. Von den physicalischen Gesetzen, die für das Sprechen, Singen und Hören in Betracht kommen, von der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Hygiene des Kehlkopfes ist überall so viel gezeigt, als der gebildete Laie mit Gewinn verarbeiten kann. Gerber weiss, dass man nach Büchern nicht singen lernen kann, aber er weiss auch und zeigt auch an allen Stellen, welchen Werth es vor allen Dingen für den Gesanglehrer und dann auch für den gebildeten

Kunstsänger hat, wenn er sich über die Gesetze, denen seine Kunst unterthan ist, Klarheit verschafft.

Die journalistische Begabung des Verfassers, welche die ganze Materie in eine überaus anregende Form gebracht hat, feiert ihren schönsten Triumph in der Einleitung: was hier über die Töne in der Natur und über die Natur der Töne, über die Ausbildung von Stimmen und Gehör im Kampf ums Dasein und über die Stimme der Thiere gesagt ist, ist so reizvoll und so reizend, dass Ref. nur wünschen möchte, dass recht viele von unsern wissenschaftlichen Schriftstellern einen Hauch dieses Geistes verspüren möchten. A. KUTTNER.

73) Tóvölgyi. **Die Pathologie des Stimmorganes.** *Orvosok Lapja. No. 14. 1908.*

Darstellung bekannter Thatsachen für den practischen Arzt. v. NAVRATIL.

74) Marage. **Entwickelung der Stimmenergie. (Développement de l'énergie de la voix.)** *Académie des sciences. 11. November 1907.*

Diese Energie hängt ab von dem Volumen der exspirirten Luft und dem Druck, unter welchelm sie exspirirt wird. Um das Volumen zu entwickeln, räth Verf. einige sehr einfache Uebungen, die, jeden Tag wiederholt, sehr schnell zu ausgezeichneten Resultaten führen. Die Messung des Brustumfangs gestattet, die Resultate zu controliren. GONTIER de la ROCHE.

75) G. Hudson-Makuen. **Die Stimme als ein Index bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. (The voice as an index to diseases of the throat, nose and ear.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Januar 1908.*

Die Arbeit soll zu einem mehr kritischen Studium der Sprache, als eines diagnostischen Factors besonders bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten anregen. Verf. bespricht die verschiedenen Arten der Heiserkeit, die Modificationen der Sprache bei Stimmanstrengung, bei Hysterischen, bei Schwerhörigen, bei den verschiedenen Formen der Nasenverstopfung etc., die Falsettstimme etc.

LEFFERTS.

76) André Castex. **Die gegenwärtigen Phonations- und Hörmethoden am Nationalinstitut für Taubstumme in Paris. (Méthodes actuelles de phonation et d'audition à l'Institut national des Sourds-muets à Paris.)** *Académie de médecine. 26. Mai 1908.*

Die zur Zeit benutzte Methode beruht auf der Nachahmung des Lehrers durch den Schüler, der gleichzeitig Gesicht und Gefühl gebraucht. Von den Taubstummen haben 25 pCt. Hörreste erhalten; der Lehrer bemüht sich, allein durch die Stimme diese Reste zu cultiviren. Der fortschreitende Gang der Uebungen ist folgender: Provocation der Stimme, Entwicklung der Vocale und Consonanten, Ablesen von den Lippen, Schreiben. GONTIER de la ROCHE.

77) E. W. Scripture. **Behandlung der Hyperphonie (Stottern und Stammeln) durch den allgemeinen Praktiker. (Treatment of hypertrophia [stuttering and stammering] by the general practitioner.)** *N. Y. Medical Journal. 28. Mai 1908.*

Verf. giebt eine Beschreibung seiner Behandlungsweise, die, wie er be-

hauptet, drei Viertel aller Fälle von Stottern und Stammeln heilt. Er setzt die Gründe für die Nothwendigkeit einer möglichst früh einsetzenden ärztlichen Behandlung auseinander.

LEFFERTS.

78) **E. W. Scripture. Die „Melodische Behandlung" des Stotterns. (The „melody cure" for stuttering.)** *N. Y. Medical Record. 8. Februar 1908.*

Die Behandlung besteht darin, dass der Stotterer dahin gebracht wird, eine verschiedene Intonation in seine Sprache zu legen, mit anderen Worten: das Gesprochene zu singen. Verf. hat hiermit ein schon lange bekanntes Princip in ein System für die Praxis gebracht.

LEFFERTS.

79) **N. T. Pook van Baggen. Der falsche Stimmgebrauch und seine Behandlung. (The misuse of the voice and its cure.)** *N. Y. Medical Record. 8. Februar 1908.*

Verf. hat seine Absicht, ein „Aperçu" über die Behandlung zu geben, in einer für den Sänger sowohl, wie den Lehrer und Arzt sehr instructiven Weise erfüllt.

LEFFERTS.

80) **Renon** (Paris). **Geschichte einer Heilung von Stottern. (Histoire d'une cure de begaiement.)** *Journal des Praticiens. 20. Juni 1908.*

Verf. berichtet seine eigene Krankengeschichte. Er begab sich in die Behandlung von Chervin, die drei Wochen dauerte. Während der ersten Woche darf der Patient ausser den — übrigens recht häufigen — Uebungen nicht sprechen; die zweite Woche ist der „Syllabation" gewidmet, d. h. es ist nur erlaubt, ganz langsam zu sprechen und derart, dass die Worte in Silben zerlegt sind; in der dritten Woche endlich gelangt man zur Bildung von Sätzen.

Nach der Erfahrung des Verf. gehört eine grosse Willensstärke dazu, zum Ziele zu gelangen; auch wird dies sehr schwer von zu jugendlichen Personen erreicht. Schliesslich muss man die Uebungen sehr lange fortsetzen, ein Jahr und darüber. Verf. hat dies gethan und es geht ihm gut.

GONTIER de la ROCHE.

81) **Scripture** und **Clark. Das epileptische Stimmsymptom. (The epilectic voice sign.)** *N. Y. Medical Journal. 8. Februar 1908.*

Von klinischer Seite ist auf den monotonen Klang der Stimme beim Epileptiker aufmerksam gemacht worden, ohne dass dafür bisher eine genügende Erklärung vorliegt. Die Methode der Verff. besteht darin, dass der Patient in ein seinen Mund dicht bedeckendes Mundstück hineinspricht; dieses Mundstück ist verbunden mit einer Kapsel, durch welche die Vibrationen in eine schnell rotirende rauchgeschwärzte Trommel übertragen werden. Während bei der normalen Sprache eine steigende und fallende Melodie besteht, fliesst sie beim Epileptiker in den gleichen Tönen dahin. Verff. behaupten, dass man aus der Sprache allein die Diagnose stellen könne; ihnen ist dies wenigstens in 75 pCt. der Fälle gelungen. Die Erscheinung findet nach ihren Erfahrungen bei keiner anderen Nervenerkrankung ein Analogon. Die Studien betrafen alle Formen der Epilepsie.

LEFFERTS.

82) **Tóvölgyi. Fall von willkürlicher Diplophonie.** *Orvosi Hetilap. No. 7. 1908.*

Der betreffende Sänger kann auf einmal einen Ton und dessen Terz, Quart oder Quint angeben. (Beruht wahrscheinlich auf ungleichmässiger Spannung der Stimmbänder während der Phonation.)

v. NAVRATIL.

83) **Onodi. Tafeln der Kehlkopfnerven.** *Orvosi Hetilap. No. 8. 1908.*

Dieselben dienen zu Lehrzwecken und beziehen sich auf die Innervation des Kehlkopfes.

v. NAVRATIL.

84) **Antonio Maragliano. Histologische Veränderungen der N. laryngei inferiores nach Compression. (Alterazioni istologiche dei nervi laringei inferiori consecutive a compressione.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Januar 1907.*

Verf. giebt zuerst eine Literaturübersicht und berichtet dann über seine eigenen Experimente. Diese bestanden darin, dass er bei Hunden den rechten Recurrens blosslegte und den den ersten 5—6 Trachealringen entsprechenden Theil des Nerven der Compression durch einen Laminariastift aussetzte, der neben ihm eingenäht wurde. Er kommt zu dem Resultat, dass die so bewirkte Compression des Nerven zu denselben Folgen führe, wie der Druck seitens der Geschwülste oder Drüsenpackete; diese Folge besteht in völliger Zerstörung des Nervenbündels. Nimmt man das Hinderniss zeitig fort, so kann man eine Restitutio in integrum erwarten. Vorübergehend kommen auch Erscheinungen im Bereich des N. laryngeus superior vor,

FINDER.

85) **Fein** (Wien). **Der Nervus laryngeus inferior und die syphilitischen Erkrankungen der Aorta.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener med. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Jeder Syphilitiker ist, sobald Heiserkeit auftritt, zu laryngoskopiren, aber auch ohne Heiserkeit, sobald geringfügige Herzbeschwerden auftreten, weil die incomplette Recurrens- resp. Posticuslähmung auch ohne Heiserkeit symptomlos verlaufen kann. Wir sollen bei linksseitigen Stimmlippenlähmungen, besonders bei jugendlichen Individuen, stets nach Syphilis fahnden und speciell den Volumsveränderungen der Aorta unsere Beachtung schenken (Radioskopie). Bei methodischer Verallgemeinerung dieses Verfahrens dürfte es uns gelingen, manches Aneurysma hintanzuhalten. Mittheilung eines durch Schmiercur geheilten Falles von linker Recurrenslähmung infolge syphilitischer Erkrankung der Aorta.

HANSZEL.

86) **Baumgarten. Beiderseitige Recurrenslähmung aus zwei verschiedenen Ursachen.** *Orvosi Hetilap. No. 11. 1908.*

Rechterseits ist die Ursache im Centralnervensystem, linkerseits ein Aneurysma aortae.

v. NAVRATIL.

87) **Ferdinand Massei** (Neapel). **Führt der Recurrens des Menschen sensible Fasern? Erwiderung auf die Bemerkungen der Herren A. Kuttner und E. Meyer.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 169. 1907.*

Verf., der als erster die Herabsetzung der Sensibilität der Kehlkopfschleimhaut bei Recurrenslähmung festgestellt hat, ist der Ansicht, dass die im Titel

aufgeworfene Frage noch der Lösung vom physiologischen Standpunkt aus harrt. Er selbst hat den Nerven für einen motorischen gehalten und die Schlussfolgerung gezogen, dass der Recurrens ein gemischter Nerv sei.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

88) **Glas** (Wien). **Die Sensibilität des Larynxeinganges bei Recurrenslähmungen.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener med. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Auf Grund eingehender Untersuchungen fand G. die Massei'schen Befunde nicht bestätigt und weisen alle Momente darauf hin, dass der Recurrens an der Sensibilirung des Larynxeinganges nicht betheiligt ist.

HANSZEL.

89) **A. Iwanoff. Ueber die Larynxaffectionen bei der Syringobulbie.** (Aus der Bazanow'schen Klinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten an der Universität in Moskau.) *Zeitschrift f. Laryngol, Rhinol. u. ihre Grenzgebiete. Bd. I. Heft 1. 1908.*

Bei den an Syringobulbie Leidenden tritt die Lähmung der Kehlkofsmuskeln regellos ein, manchmal mit einer Lähmung der Glottisschliesser, oft nur des M. intern. und transvers. analog der electiven Störung einzelner Muskeln der Extremitäten bei der Gliose der Vorderhörner des Rückenmarkes. Die Bewegungsstörungen des Kehlkopfes bei Syringobulbie sind häufiger doppelseitig, aber nicht gleichmässig ausgesprochen. Die Massei'schen Befunde hinsichtlich der Sensibilitätsstörung fand der Autor nicht bestätigt.

HANSZEL.

90) **Menzel** (Wien). **Beitrag zur Kenntniss des einseitigen Kehlkopfkrampfes.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Es handelte sich um einen einseitigen tonischen Kehlkopfkrampf, welcher laryngoskopisch beobachtet werden konnte. Das rechte Stimmband ging langsam aus der geringen Adductionsstellung ganz gegen die Mittellinie und darüber hinaus, sich an das in maximaler Abductionsstellung befindliche Stimmband andrängend, so dass die geschlossene Glottis mit der Medinanlinie einen Winkel von 45^0 bildete. M. nimmt hierfür ursächlich einen constanten Druck auf den Recurrens an.

HANSZEL.

91) **Volhard. Künstliche Athmung durch Ventilation der Trachea. (Artificial respiration by ventilation of the trachea.)** *N. Y. Medical Record. 29. Februar 1908.*

Verf. hat gefunden, dass es möglich ist, curarisirte Thiere, bei denen alle Respiration aufgehört hat, dadurch eine Zeit lang am Leben zu erhalten, dass man durch ein ganz fest sitzendes Rohr Sauerstoff in die Trachea einleitet. Die Thiere leben $1^1/_2 - 2$ Stunden, ohne jede Bewegung der Thoraxwand und dann sterben sie regelmässig. Der Tod erfolgt infolge Kohlensäurevergiftung, obwohl das Blut hellroth bleibt; die Gasdiffusion in den Bronchien ist nicht activ genug, um alle Kohlensäure zu eliminiren, wenn auch der Gausaustausch bis zu einem

gewissen Grade vor sich geht, wie durch die Thatsache bewiesen ist, dass die Thiere $1^1/_2$—2 Stunden am Leben bleiben.

Die Entdeckung des Verf.'s ist auch practisch verwerthet worden. Bei einem Patienten, der bei der Operation eines Hirnabscesses plötzlich zu athmen aufhörte, wurde, nachdem 3 Stunden lang künstliche Respiration gemacht war, der Volhard'sche Apparat in Anwendung gebracht und functionirte 9 Stunden lang zur Zufriedenheit. Dann starb Patient infolge ausgedehnter Erweichung in der Region des Hirnabscesses.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

92) **Faber** und **Thévenot** (Lyon). **Der Kropf beim Neugeborenen. (Le goitre chez le nouveau-né.)** *Revue de Chirurgie. 10. Juni 1908.*

Für die Aetiologie des angeborenen Kropfes machen die Autoren vor allem Toxine verantwortlich, die von der Mutter zum Neugeborenen übergehen. Der Kropf ist eine Ursache für plötzlichen Tod bei der Geburt infolge Asphyxie. Die häufigste anatomische Form ist ein die Trachea umgebender Ring. Die Diagnose macht man aus dem Sitz der Geschwulst, der etwas höher ist, als beim Erwachsenen, aus deren Verschieblichkeit und daraus, dass sie die Schluckbewegungen mitmacht. Als Behandlung wird empfohlen: Jod und Thyreoidin bei der Mutter, wenn sie stillt. Verff. verwerfen die Tracheotomie, die immer gefährlich sei in diesem Alter und empfehlen die Durchschneidung des Isthmus und die Exothyropexie.

GONTIER de la ROCHE.

93) **Georg Hesse. Der Kropf und seine Behandlung.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 23. 1908.*

Nach einleitenden Bemerkungen über Physiologie der Schilddrüse, Aetiologie und Pathologie des Kropfes beschreibt Hesse die verschiedenen Schädigungen des Kropfes mit Berücksichtigung der Therapie. Er erwähnt die durch die verschiedenartige Form und Lage des Kropfes bedingte mannigfache Luftröhrencompression, sodann die Schädigungen der Nerven (Sympathicus, Recurrens), des ferneren die Schädigungen des Herzens (directe thyreotoxische Einwirkung — Kraus'sches Herz mit Vergrösserung des linken Ventrikels einerseits und andererseits als Folge venöser Stauung und Lungenemphysems — Dilatation des rechten Ventrikels — Rose'sches Kropfherz). Sind durch die Struma noch keine besonderen Störungen hervorgerufen, so kann man den Versuch einer Jodmedication machen, jedoch nur relativ kurze Zeit, da sich der Erfolg der Jodbehandlung, wenn ein solcher eintritt, sehr rasch bemerkbar macht. Anderenfalls soll man, zumal wenn durch weiteres Wachsthum der Struma Schädigungen in einem der oben erwähnten Gebiete auftreten, bald operiren, um den Secundärsymptomen vorzubeugen, um so mehr als die starke Jodverabreichung eine spätere Operation durch die Anregung von Verwachsungen zwischen Kropf und Kapsel und die manchmal nachträglich eintretenden thyreopriven Symptome ungünstig beeinflusst.

Des weiteren bespricht Autor die verschiedenen operativen Eingriffe (Enucleation, Resection und halbseitige Excision) eingehend und giebt noch eine Reihe

operativ-technischer Winke, bezüglich deren auf das Original verwiesen werden muss. Die Operation soll womöglich immer unter Localanästhesie vorgenommen werden. Bezüglich der operativen Therapie beim Basedow sollte in vorgeschrittenen Fällen nicht mehr operirt werden.

HECHT.

94) **S. Marine. Vorkommen und physiologische Natur der glandulären Hyperplasie der Schilddrüse. (Occurrence and physiologic nature of glandular hyperplasia of the thyroid.)** *Bulletin Johns Hopkins Hospital. September 1907.*

M. kommt zu folgenden Schlüssen:

Jod ist für die Activität der normalen Schilddrüse wesentlich; die glanduläre Hyperplasie ist eine physiologische Reaction auf einen Mangel an jenem und muss als „cretinoider Natur" betrachtet werden. Dem Colloidkropf geht gewöhnlich ein Stadium der Glandulärhypertrophie voraus. Ein integrirender Bestandtheil der Affection ist gleichzeitige Vergrösserung von Milz, Thymus- und Lymphdrüsen. Die im Handel erhältlichen Präparate von getrockneter Schilddrüse enthalten ein Gemisch von normalen und abnormalen Schilddrüsen; dies erklärt zum Theil ihre verschiedene klinische Wirkung. Weitere Untersuchungen werden eine nähere Beziehung zwischen der Glandulärhyperplasie bei Thieren und dem toxischen (exophthalmischen) Kropf beim Menschen zeigen.

EMIL MAYER.

95) **George Crile. Die Chirurgie der Schilddrüse. (The surgery of the thyroid gland.)** *Ohio State Medical Journal. 15. December 1907.*

Verf. hat bei den letzten operirten 101 Fällen keinen Todesfall gehabt; die Mortalität beträgt jetzt 1 : 100 bis 1 : 200. Verf. sieht einen wichtigen Gesichtspunkt für die Entfernung des Kropfes auch darin, dass man einer möglicherweise eintretenden Umwandlung in eine maligne Geschwulst vorbeugen müsse.

EMIL MAYER.

96) **M. B. Tinker. Die chirurgische Behandlung des Kropfes. (The surgical treatment of goitre.)** *American Journal of Medical Sciences. August 1907.*

Am wichtigsten ist die frühzeitige Diagnose; die chirurgische Behandlung verspricht in einer grossen Anzahl von Fällen günstige Resultate. Todesfälle sind häufiger bei rein medicamentös behandelten Fällen.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

97) **E. Jahrmärker. Ueber die Entwickelung des Speiseröhrenepithels beim Menschen.** *Dissert. Marburg 1906.*

J. hat an einer Reihe von menschlichen Embryonen verschiedener Entwickelungsstadien das Speiseröhrenepithel untersucht und kommt zum Schlusse, dass die epitheliale Auskleidung der Speiseröhre nicht durch einwanderndes ectodermales Epithel geschieht. Das Oesophagusepithel bildet sich vielmehr an Ort und Stelle aus dem ursprünglichen entodermalen Epithel.

OPPIKOFER.

98) **C. E. Ruth. Strictur des Oesophagus nebst Bericht eines Falles. (Stricture of the oesophagus with report of a case.)** *Denver Medical Journal. Januar 1908.*

Ein $3^1/_2$jähriges Mädchen verschluckte eine Aetzflüssigkeit; es bildete sich

völliger Verschluss der Speiseröhre an der Cardia. Es wurde eine Oeffnung im Magen angelegt und von dort aus die Stenose allmählich dilatirt. Es trat vollständige Heilung ein. EMIL MAYER.

99) **F. Federici. Zwei Fälle von completem Verschluss des Oesophagus durch Fremdkörper. (Due casi di occlusione completa dell'esofago da corpi estranei.)** *Arch. Ital. di Otologia. I. 1908.*

Im ersten Fall handelte es sich um ein grosses Fleischstück in der Speiseröhre eines 66jährigen Mannes. Nachdem die Versuche, es mittels Oesophagoskop zu entfernen, misslungen waren, wurde der Fremdkörper unter Leitung des Fingers mit einer langen Klammer gefasst und herausgezogen.

Im zweiten Fall, einen 60jährigen Mann betreffend, handelt es sich gleichfalls um ein Fleischstück, das unter Leitung des Oesophagoskops extrahirt wurde. FINDER.

100) **J. Henry Schroeder. Oesophagusstenose. (Oesophageal stenosis.)** *Journal American Medical Association. 30. Mai 1908.*

Nachdem der Sitz der Stenose mittels eines Bougies mit olivenförmigem Ende festgestellt ist, wird ein Magenrohr von geeigneter Weite, das nur an seinem Ende eine Oeffnung und ein seitliches Fenster, in seiner Mitte eine ballförmige Erweiterung hat, eingelegt. Das Rohr wird nun mit Wasser gefüllt und auf den Ball gedrückt. Handelt es sich um eine rein spastische Contractur, so giebt diese plötzlich nach und das Wasser fliesst durch das Rohr, das sofort leicht hindurchgeht. Ist die Stenose dagegen organisch und nicht vollständig, so geht das Wasser allmählich durch die verengte Partie hindurch; jedoch das Rohr folgt nicht; dasselbe ist der Fall, wenn die Stenose infolge organischer Ursache eine partielle ist, durch einen Spasmus jedoch zu einer vollständigen wird. EMIL MAYER.

101) **Kölliker** (Leipzig). **Zur Technik der Oesophagoskopie.** *Centralblatt für Chirurgie. 23. 1908.*

Bei hochsitzenden Läsionen im Oesophagus macht Krampf des Constrictor pharyngis inferior manchmal Schwierigkeiten; man versuche zunächst durch rotirende Bewegungen unter sanftem Druck das Hinderniss zu überwinden; gelingt das nicht, so wartet man eine Weile ruhig und gelangt dann oft mühelos durch die Enge, oder man lässt den Patienten leer schlucken, wobei der Kehlkopf nach oben und etwas nach vorne gleitet und dadurch gewissermaassen die Speiseröhre über den Tubus stülpt. SEIFERT.

102) **E. Schmiegelow. Klinische Erfahrungen über Oesophagoskopie und Tracheoskopie. (Kliniske Erfaringer paa Oesophagoskopiens og Tracheoskopiens Omraade.)** *Hospitals Tidende. 2. Januar 1908.*

Diese Arbeit ist in dem Archiv f. Laryngologie, 20. Bd., 3. Heft, veröffentlicht. E. SCHMIEGELOW.

103) **Rodriguez** (Madrid). **Fremdkörper des Oesophagus; Extraction mittels Oesophagoskopie. (Cuerpo extrano del esofago extraido per esofagoscopia.)** *Siglo médico. 13. Juli 1907.*

Es handelte sich um einen 18 cm von der Zahnlinie entfernt bei einem

2jährigen Kinde im Oesophagus steckenden Ring. Bei Einführung des Rohres trat ein Erstickungsanfall auf, der zunächst die Einleitung der künstlichen Athmung erforderlich machte; nach Ueberwindung dieses Zwischenfalles wurde das Oesophagoskop von Neuem eingeführt und der Fremdkörper extrahirt. TAPIA.

104) **S. Oppenheimer. Ueber Perforation des Oesophaguscarcinoms in die Aorta.** *Dissert. München 1906.*

O. konnte 54 Fälle von Speiseröhrenkrebs mit Perforation in die Aorta aus der Literatur zusammenstellen und fügt dieser Statistik eine eigene Beobachtung hinzu. OPPIKOFER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **A. Audibert. Beitrag zum Studium der partiellen und totalen Laryngectomie. (Contribution à l'étude de la laryngectomie partielle ou totale.)** Bordeaux. Imprimerie du Midi. E. Trénet.

Eine Monographie, in welcher Verfasser auf Grund von Fällen, die er aus der Literatur kennen gelernt oder auf der Klinik von Moure in Bordeaux selbst zu sehen Gelegenheit hatte, die totale und partielle Laryngectomie bezüglich ihrer Indicationen, Ausführung und Erfolge bespricht. Die Abhandlung beginnt mit historischer Einleitung, in welcher Albers als der erste erwähnt wird, der die Laryngectomie an Thieren schon im J. 1829 vornahm. Es ist indessen erst Czerny im Jahre 1840 gelungen, einen Hund nach der Laryngectomie beim Leben zu erhalten. Die erste Laryngectomie am Menschen, und zwar wegen Kehlkopfkrebs, wurde von Billroth 1873 ausgeführt; der Kranke genas, wenn er auch 7 Monate später dem Recidiv erlag. Das Beispiel Billroth's fand bald Nachahmer in verschiedenen Ländern. Die Zeit seit 1829 bis 1881 fasst Verfasser als „période de naissance de la laryngectomie" auf. Die Zeit 1881—1884 wird von ihm „période d'enfance" benannt; in derselben entwickelt sich die partielle Laryngectomie, die indessen zum ersten Mal noch im Jahre 1878 von Billroth ausgeführt wurde. Als die dritte Periode wird die von 1884—1890 bezeichnet, in welcher sowohl die totale, als auch die partielle Laryngectomie geübt wird, letztere aber überwiegt. In der vierten Periode (1890—1900) wird die partielle Laryngectomie durch die totale mehr verdrängt; letztere wird meistens „en un temps", d. i. ohne vorausgegangene Tracheotomie ausgeführt. Als wichtiger Fortschritt in der Technik wird die von Bardenheuer 1890 empfohlene Absperrung der Wunde vom Rachen durch angelegte Nähte hervorgehoben; dasselbe Verfahren wurde indessen noch früher von Moure geübt, wie dies aus dessen im April 1890 erschienenem Werke ersichtlich ist. Die fünfte Periode, das ist die nach 1900, zeichnet sich durch bessere Ausbildung der operativen Technik aus. Es wird sowohl die partielle, als auch die totale Laryngectomie je nach der Ausbreitung der Neubildung geübt; die totale wird meistens nach vorausgegangener Tracheotomie, „à deux temps", vorgenommen.

Im zweiten Capitel werden Indicationen und Contraindicationen zur Laryngectomie, und zwar vor allem bei Kehlkopfkrebs, erörtert. Letzterer wird als

„intrinsèque“ und „extrinsèque“ unterschieden. Es folgt die Besprechung der Symptome und des Spiegelbefundes. Eventuell wird die antisyphilitische Probebehandlung durch eine Woche, bezw. die mikroskopische Untersuchung der abgetragenen Gewebspartikel empfohlen; nach letzterwähntem Eingriff ist immer vollständiger Ablauf der Reaction abzuwarten, bevor an die Laryngectomie geschritten wird (nach Moure). Dann werden die Indicationen zur Wahl der totalen oder partiellen Laryngectomie, sowie die Contraindicationen zu denselben besprochen, die durch die Ausbreitung des Krebses oder durch den Allgemeinzustand das Kranken bedingt werden. Kurz wird die Laryngectomie bei Sarkomen erwähnt, die öfters auch bei der Laryngofissur sich gründlich entfernen lassen. Zuletzt werden Papillome, syphilitische und tuberculöse Stenosen erwähnt, die ausnahmsweise zur Laryngectomie Anlass geben dürften.

Im dritten Capitel wird die Ausführung der Laryngectomie beschrieben; zunächst wird die totale nach vorausgegangener Tracheotomie als „procédé classique“ geschildert. Verfasser spricht sich dabei mehr zu Gunsten der echten Tracheotomie, die er „trachéotomie basse“ nennt, als der Cricotomie u. dergl. aus. Bei der Ausführung der Laryngectomie wird die Anwendung von Tamponcanülen nach Trendelenburg und Hahn, so wie das Operiren am hängenden Kopfe besprochen. Bei der Besprechung der Operation selbst wird das Ablösen des Kehlkopfes von oben nach unten, so wie von unten nach oben erwähnt. Nach Ausführung einiger Modificationen in dem meist üblichen Verfahren wird die subperichondrale Eliminirung der Schildknorpelplatten angeführt, die von Heine 1896 und abermals von Péan seit 1886 vor der Abtragung der Neubildung geübt wurde. — Im Jahre 1890 fängt Périer an, den Kehlkopf ohne vorausgegangene Tracheotomie durch ⊥-Schnitte freizulegen, quer von der Luftröhre abzutrennen und von unten nach oben von dessen Nachbarschaft loszulösen, während die obere Umrandung der Luftröhre unten in der Wunde fixirt wird. Duret sperrt dabei die Wunde vom Rachen durch Nähte ab. Nach Sébileau und Lombard wird der Kehlkopf erst nach vorsichtiger Durchschneidung der hinteren Trachealwand unter dem Ringknorpel von dessen Nachbarschaft abgelöst und sollen zur Durchschneidung des unteren Rachenschnürers die Schildknorpelplatten an ihrem hinteren Rande stark angezogen werden. Nach kurzer Besprechung der Licht- und Schattenseiten der Operation und „à un temps“ (nach Périer) wird die Abnahme der operativen Mortalität nach 1890 hervorgehoben. Es folgt die Darstellung der Methode von Gluck: Der Kehlkopf wird von oben nach unten abgelöst, von der Luftröhre quer abgetrennt und letztere in einer unter dem Sagittalschnitt angelegten queren Hautwunde über dem Sterum fixirt; die Wunde nach der Laryngectomie wird durch Nähte vom Rachen abgesperrt. In ähnlicher Weise verfahren auch Cauzard und Delobel, nur schicken sie der Laryngectomie die Tracheotomie voraus. — Schliesslich wird die Laryngectomie „à deux temps“, wie sie nach 1900 geübt wird und speciell das Verfahren Chiari's vom Jahre 1903 beschrieben. Es wird die Trachea von dem Kehlkopfe getrennt und in der Hautwunde befestigt; zwei Wochen später wird die Laryngectomie ausgeführt. Nachher werden die Licht- und Schattenseiten der Operation „à un“ und „à deux temps“ besprochen: Durch letztere wird die Schwere des Eingriffes gemildert, der eventuellen Inocu-

lation des Krebses aber an der Wunde der Weg geöffnet. Schliesslich wird die Exstirpation der benachbarten Lymphdrüsen besprochen, worauf die Vorbereitung zur Operation, das Instrumentarium, die Beleuchtungund nöthige Assistenz, sowie postoperative Behandlung genau beschrieben werden. Nachher wird die partielle Laryngectomie, als Hemilaryngectomie, oder Cricoarytaenoidectomie geschildert.

Im vierten Capitel wird die Reconstruction des Tractus pharyngealis durch angelegte Nähte nach Moure oder durch eingelegte Hautlappen nach Péan, sowie Modificationen in den oben angegebenen Hauptmethoden von Duret, Chiari und Le Bec, sowie Ricardo Botey erwähnt. Weiter wird die Reconstruction der fehlenden vorderen Trachealwand, die Vernähung der Trachea nach deren Resection in der Querrichtung, Versuche der Herstellung des obersten Theiles des Luftrohres und die Verschliessung der Trachealfistel beschrieben. Es folgt die Beschreibung der Sprechapparate von Gussenbauer, Péan, Cl. Martin und Cadier, die im Halse befestigt werden, so wie der von Hochenegg und Gluck, bei welchem der ausserhalb des Halses erzeugte Ton durch ein biegsames Rohr in die Mundhöhle geleitet wird. (Hier muss ich bemerken, dass diese Idee von Störk stammt. Ich selbst habe im Jahre 1898 einen Kranken gesehen, dem bei vollständiger Unbewegsamkeit des Kehlkopfes Störk ein mit einer Zungenpfeife versehenes Rohr an der Canüle anbringen liess, und der Kranke konnte, wenn er das Endstück des Rohres im Munde hielt, ganz laut sprechen). Dann werden Apparate zur Erleichterung des Schlingens kurz erwähnt, und die trichterartige Kautschucksonde von Gluck besonders empfohlen.

Im fünften Capitel werden statistische Daten nach verschiedenen Autoren zusammengestellt; aus diesen erhellt die Abnahme der operativen Sterblichkeit mit der Zeit von 90 pCt. bis unter 30 pCt. Dann werden Vorkommnisse bei der Operation, sowie nach derselben und Complicationen seitens der inneren Organe besprochen. Es folgt die Besprechung der therapeutischen Erfolge, der partiellen und totalen Laryngectomie, mit denen dann diejenigen nach endolaryngealen Eingriffen und nach der Laryngofissur verglichen werden; letztere erscheinen im allgemeinen besser, weil sie bei weniger vorgeschrittenem Leiden vorgenommen werden und einen viel leichteren Eingriff darstellen. Zum Schluss werden 16 Fälle von totaler und ein Fall von partieller Laryngectomie genau beschrieben, die von Moure, Cisneros oder Moliniė operirt wurden; darauf folgen die Conclusionen des Verfassers bezüglich der Laryngectomie. Die Monographie zeichnet sich durch sorgfältige Ausnützung der entsprechenden Literatur, sowie durch gründliche Bearbeitung des Stoffes aus. Pieniazek.

---

b) I. Internationaler laryngo-rhinologischer Congress in Wien 1908.

(Schluss.)

Gustav Killian (Freiburg): „Die Röntgenphotographie im Dienste der Rhinologie.“ Seine Ausführungen stützen sich auf 260 radiographische Negative, welche grösstentheils durch Aufnahme des Kopfes in sagittaler Richtung von hinten nach vorn gewonnen wurden. An 6 Tafeln und 32 Projectionsbildern giebt K. Aufschlüsse über den Einfluss der verschiedenen Richtungen der Auf-

nahmen, über die Unterschiede der Aufnahmen am macerirten und mit Weichtheilen bedeckten Schädel, über die Diagnose der vorgeschritteneren Grade der Atrophie und das Verhalten normaler Nebenhöhlen. Die Röntgenphotographie ist ein unentbehrliches Hülfsmittel der Rhinologie geworden, indem wir für Operationen eine vorzügliche Basis gewinnen, oft auf Dinge hingewiesen werden, die man sonst übersehen hätte, und nicht in letzter Linie kommt der hohe didactische Werth in Betracht.

Max Scheier (Berlin) demonstrirt zahlreiche Diapositive, erörtert die bedeutenden Vorzüge der Röntgenuntersuchung gegenüber der einfachen Durchleuchtung bei Nebenhöhlenaffectionen und lässt die Verschleierung im Röntgenbilde ohne positiven klinischen Befund für die Diagnose eines Empyems nicht als maassgebend gelten.

Auch Wassermann demonstrirte Röntgenaufnahmen von Stirnhöhlen, Siebbeinzellen- und Nebenhöhleneiterungen, die durchwegs im occipito-frontalen Durchmesser hergestellt wurden. Er legt auf die Diagnose der Stirnhöhlen- und Siebbeinzellenerkrankungen mittelst Röntgenverfahren ganz besonderen Werth.

v. Eicken zeigt eine Serie von 11 Diapositiven ebenfalls in postero-anteriorem Sinne aufgenommener Kinderschädel, welche die allmähliche Grössenzunahme der vorderen Nebenhöhlen sowie der Zähne in instructiver Weise vor Augen führen.

A. Kuttner (Berlin) kennt keine andere gleich zuverlässige Methode zur Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen, wie das Röntgenverfahren. Für jene Fälle, in welchen der Röntgenbefund mit dem klinischen Befund nicht übereinstimmt, muss allerdings dem klinischen Befund das Vorrecht gewahrt bleiben. Weiterhin machen discutorische Bemerkungen

Mader (München) und Rosenberg (Berlin) bezüglich einer Röntgenschädigung der Zunge,

Donogány (Budapest) und Scheier, welch letztere vorübergehende Geschwürsbildung resp. Haarausfall beobachtet haben.

Wassermann findet das Röntgenverfahren als besonders geeignet, wichtige Befunde zu sichern und der Therapie ihre Wege zu weisen, welcher Meinung sich Killian mit einigen ergänzenden Bemerkungen anschliesst.

J. Herzfeld (Berlin) meint dagegen, dass der Werth des Röntgenverfahrens für die Diagnostik überschätzt werde. Nadolecny (München) möchte gleich einigen Vorrednern die Schädigungen durch Röntgenstrahlen nicht unbeachtet lassen und bezeichnet als wesentlichen Fortschritt die Schnellaufnahmen und Momentaufnahmen nach Grödel. (Demonstration.)

M. Weil (Wien) hat durch Ausgiessungen der Nebenhöhlen mit einer Aufschwemmung von schwefelsaurem Blei durch die natürlichen Oeffnungen besonders deutliche Röntgenbilder erhalten, so dass man sogar eine Abnahme der Schleimhautschwellung direct sichtbar machen konnte. Während Réthi (Wien) auf Grund seiner physiologischen Untersuchungen über den Schlingact u. A. feststellt, dass der Kehldeckel beim Schlingact durch den Zungengrund auf den Kehlkopf niedergedrückt werde, betont Burger in seinem Schlussworte neben anderen Bemerkungen, dass, wie auch aus der Arbeit von Eichmann hervorgeht, die Epiglottis beim Schlucken aufrecht auf dem Zungengrunde bleibt.

Ein sehr actuelles Thema hatte sich Brünings (Freiburg i. B.) erwählt, der über technische und klinische Fortschritte der Bronchoskopie sprach. Er stützt sich auf etwa 300 im letzten Jahre ausgeführte Endoskopien mit seinem verlängerbaren Bronchoskop. Die practischen Vortheile seiner Modificationen des Instrumentes werden an Beispielen erläutert und auf der Klinik Chiari am nächsten Morgen im Beisein vieler Congresstheilnehmer am Lebenden vorgeführt.

Vohsen (Frankfurt a. M.) sprach alsdann über einen von ihm angegebenen neuen Durchleuchtungsapparat für die Stirn- und Kieferhöhle, welcher ohne belästigende Wärmeentwicklung eine sehr feine Nuancirung des Lichtes gestattet und entsprechend kleine Dimensionen besitzt, für dessen Anwendung aber allerdings ein vollkommen dunkler Raum conditio sine qua non ist. (Demonstration an der Klinik Chiari.)

Sodann bespricht V. seine Operationsmethode zur Entfernung bösartiger Mandelgeschwülste, welche im Wesentlichen eine Unterkieferresection ist, die schräg vor dem Masseteransatz ausgeführt wird. Ein vorgelegtes anatomisches Präparat erläutert die topographischen Verhältnisse und die Operation. Das besondere Vorgehen Vohsen's liegt in der Art der Mobilisirung des aufsteigenden Astes des Unterkiefers.

Mader (München) berichtet in seinen „Weiteren Mittheilungen über Röntgentherapie und Diagnostik in den oberen Luftwegen" über die günstigen Erfolge der mit Röntgenstrahlen behandelten geschwürigen Processe maligner Neubildungen. Verschieden sei die Einwirkung auf den Tumor selbst, wobei zellreichere Tumoren günstiger beeinflusst werden als zellarme. Principiell möchte M. aussprechen, dass, wo das Messer noch indicirt ist, mit der Röntgenbehandlung keine Zeit verloren werden soll. In allen Fällen aber, in denen die Aussicht auf eine radicale Entfernung des Tumors gering sei oder der Patient die Operation verweigert, möge die Röntgentherapie versucht werden, nachdem M. keine Schädigung durch sie gesehen hat. Grosse Erfolge weist die Radioskopie in der Diagnostik auf, jedoch möchte er in Bezug auf die Diagnostik der Nebenhöhlenerkrankungen sich nicht so enthusiastisch äussern wie einige seiner Vorredner.

Gh. Ferreri (Rom) sprach „Ueber die Verwendung des Radium bei den Erkrankungen der obersten Luftwege" und möchte für diese Therapie bei chronischen Ulcerationen des Pharynx (Syphilis, Lupus etc.) sowie auch bei Rhinosklerom an Stelle der chirurgischen Behandlung eintreten, vor Allem, um starke narbige Retractionen zu vermeiden, und demonstrirt eine Sammlung, die seine Behauptungen unterstützt. Auffallend ist seine nebenbei gemachte Angabe, dass er in einigen Fällen nach Adenotomien bei Kindern Substanzdefecte und Verwachsungen gesehen habe, welche ihm auf eine latente hereditäre Syphilis hinzudeuten schienen.

E. Baumgarten's (Budapest) Beobachtungen über die „Kehlkopf- und Oesophagusstenosen hinsichtlich ihres Einflusses auf die Geschlechtsorgane" beziehen sich zunächst auf 20 Fälle, in denen constatirt

werden konnte, dass eine hochgradige Oesophagusstenose ein Sistiren der Menses zur Folge hat, welche nach erfolgreich erweiterter Stenose wiederkehren. Auch bei Kehlkopfstenosen mit Ausnahme der tuberculösen konnte B. diese Beobachtung machen. Ursächlich ist möglicherweise der Sauerstoffmangel des Blutes zu beschuldigen, auch können Ernährungsstörungen oder psychische Depressionen eine Rolle spielen.

F. Massei (Neapel) referirt über 10 Fälle von Riesengeschwülsten des Kehlkopfes, die, meist gutartig, dennoch lebensgefährliche Zustände vornehmlich wegen ihrer Grösse bedingen können. Histologisch bieten sie oft interessante Bilder dar: Adenoepitheliom, Tuberculome, Angiome, Fibrome.

Richard Imhofer (Prag) weist in seinem Vortrage „Ueber die Kenntniss der Kehlkopftuberculose im griechischen und römischen Alterthum" darauf hin, dass Hippokrates das Krankheitsbild der Lungenphthise in eine Form mit und ohne Heiserkeit zerlegt und bei ersterer Geschwüre der Luftröhre annimmt. Er verordnete eine Milchcur und viel Bewegung in freier Luft. Angaben über Geschwüre in der Kehle finden wir auch bei Celsus, der sie zwar nicht mit der Phthise, wohl aber mit der Hämoptoe in Zusammenhang bringt. Eine Stelle bei Galen, wo er von einer Erosion des Larynx durch herabfliessendes Secret spricht und als Folgezustand derselben Phthise ansieht, scheint auf Larynxtuberculose zu beziehen zu sein. Wichtig ist die Therapie Galen's bei Larynxgeschwüren: Er lässt die Kranken in Rückenlage liegen und Medicamente, die auf die Geschwüre heilend wirken, im Munde halten und bei Unterdrückung des Hustens langsam in die Luftröhre hinabfliessen.

In ausführlicher Weise hielt Th. Heryng (Warschau) seinen Vortrag: „Ueber Inhalationstherapie". Da nach seiner Meinung den bisher gebräuchlichen Inhalationsapparaten cardinale Fehler anhaften, construirte er mehrere Typen solcher Apparate mit Beseitigung dieser Fehler, und zwar: 1. eine Vorrichtung zur Regulirung des Sprays von 15—30° C. mittels eines tulpenförmigen Thermoregulators, 2. einen Thermoregulator für Dampfinhalationsapparate mit einer einstellbaren Skala von 35—60° C. ohne Thermometer und 3. einen Thermoaccumulator (Lyrarohr) zur Vergasung schwer flüchtiger Medicamente, durch den diese bei einer Temperatur von 55° C. in ein gasartiges Gemisch übergeführt werden können. Das Feld der hierdurch ermöglichten therapeutischen Maassnahmen hat sich insoweit vergrössert, als man Temperatursteigerungen des Sprays bis auf 75° C. erreichen und bei Benutzung von flüssiger Kohlensäure als Druckkraft auf 10° C. herabsetzen kann, und weiter, dass wir dadurch eine Therapie für das Lungenparenchym erzielen können.

Zu diesem Vortrage sprachen beifällig Hennig, Aronsohn und in abfälligem Sinne über die Apparate Dresdner.

Th. Flatau (Berlin) macht Mittheilungen über seine neuen Beobachtungen über Phonasthenie und beschäftigt sich vorzugsweise mit der Schilderung der Frühsymptome dieses Leidens, wobei in erster Linie die verschiedentlich localisirten Schmerzen besprochen und in differentialdiagnostischer Beziehung einige Anhaltspunkte gegenüber den nervösen Störungen angeführt werden. Therapeu-

tisch hat sich ihm die Elektrisation, mit der Vibration combinirt, bewährt, bei alten Formen mit sichtbaren Bewegungsstörungen und Secretionsanomalien die Bier'sche Stauung als nützlich erwiesen.

In der sich anschliessenden Discussion warnt Nadolecny vor der Stauungsmethode bei Sängern ganz energisch.

Imhofer berichtet über einen Fall von circulärem Irresein bei einer Sängerin.

Katzenstein meint, dass der phonasthenische Schmerz in vielen Fällen durch eine Neuritis des N. recurrens oder N. laryngeus bedingt ist, welche dann zuerst mit allen möglichen Mitteln bekämpft werden müsse, worauf Flatau in seinem Schlusswort diese Fälle als eben nicht zu der von ihm besprochenen „echten" Phonasthenie gehörig bezeichnet.

Johann Fein (Wien) demonstrirt hierauf sein bajonettförmiges Adenotom und erläutert an Lichtbildern die Vortheile desselben und die Gebrauchsanwendung.

Leischner (Wien) bespricht an der Hand einer Tabelle aus der chirurgischen Klinik von Eiselsberg (Wien) die Stimmlippenstörungen nach Kropfoperationen und deren weitere Schicksale. In 67 von 350 strumectomirten Fällen wurden postoperative Stimmlippenstörungen constatirt. Die Erfahrungen über den späteren Verlauf haben gezeigt, dass Paralysen nach Durchtrennung oder Ligatur des Nerven nicht heilen, Paralysen oder Paresen anderer Aetiologie sich mitunter bessern können, meist aber verschlechtern. Leichte Paresen bessern sich meist oder heilen auch nach der Kropfoperation. Hierzu erwähnt Emil Glas (Wien) Fälle von Cachexia strumipriva, die mit Recurrenslähmung combinirt waren.

v. Eicken (Freiburg) referirt über die Erfahrungen mit der Killian'schen Stirnhöhlenoperation an 100 in den letzten 5 Jahren an der Killian'schen Klinik operirten Fällen. Nach Angabe genauer statistischer Daten bespricht er den Gang der Operation, die jetzt insofern modificirt wurde, als erst Weichtheilschnitt und Blutstillung, Periostablösung von der seitlichen Nasenwand und der Orbita und dann die Eröffnung des Sinus über der Spange vorgenommen wird. Ideale Heilung in 69, wesentliche Besserung in 16 Fällen, in 3 Fällen Exitus. Um Neuralgien vorzubeugen, soll der N. supraorbitalis bei der Operation entfernt werden. Primäre Naht nur bei Bestehen von günstigen Abflussbedingungen. Da die vorderen Siebbeinzellen und die Kieferhöhle meist miterkrankt sind, sollen sie gleichzeitig radical operirt werden. Der Vortrag hatte bei der Actualität des Themas eine recht lebhafte Wechselrede zur Folge. Herzfeld (Berlin) bestätigte die guten Resultate der Operation und bemerkt, es läge nichts daran, die Dura auf grössere Strecken freizulegen. A. Hecht (München) empfiehlt nach der Stirnhöhlenoperation 1—2 Wochen lang die gleichzeitig operirte Kieferhöhle von der Alveolaröffnung auszusaugen, um den Heilungsprocess daselbst zu fördern. G. Killian macht neuerlich auf seinen Modus der Trochleaablösung aufmerksam und hält die Resection des Processus frontalis für einen der wichtigsten Acte seiner Methode. Bei schwereren chronischen Fällen soll man nicht nähen, alle eiternden Höhlen gleichzeitig operiren, bei zweifelhafter Erkrankung in der Keilbeinhöhle diese lieber mit aufmachen. Hajek (Wien) hat in 38 zum Theil sehr

complicirten Fällen von Stirnhöhlenentzündung niemals einen Todesfall gehabt und bei Ablösung der Trochlea niemals eine dauernde Obliquusstörung beobachtet. Er ist mit v. Eicken einer Meinung, dass die complicirende Erkrankung einer Nebenhöhle von ungünstigem Einfluss auf den Heilungsverlauf ist. Weniger günstige Erfahrungen bezüglich der Doppelbilder hat Ritter (Berlin), der in 5 von 35 nach Killian mit Ablösung der Trochlea und Resection des Proc. front. operirten Fällen bleibende Doppelbilder beobachtet. In 2 Fällen von Supraorbitalneuralgie durch Narbenzug bewährten sich ihm Fibrolysininjectionen. Flatau findet die Deutung Killian's bei einem der von ihm berichteten Todesfälle auf Grundlage seiner Injectionsversuche in die Gefässbezirke der Regio olfactoria für richtig. v. Eicken räth in seinem Schlussworte nochmals, die breite Ablösung der Weichtheile vom Arcus supraorbitalis dann zu vermeiden, wenn sie nicht unbedingt nothwendig ist. Herzfeld gegenüber constatirt er, dass die Klinik Killian die Dura nur dann freilegt, wenn Caries der hinteren Stirnhöhlenwand besteht. Die Kieferhöhle nach der Stirnhöhlenoperation auszusaugen, hat v. Eicken auf Grund seiner Erfahrungen keine Veranlassung.

Watson Williams (Bristol) sprach über seine „Osteoplastische Methode der Radicaloperation zur Entfernung von malignen Neoplasmen der Nebenhöhlen der Nase", die einen freien Zugang zu den Siebbeinzellen, zum Sphenoidal- und Frontalsinus giebt. Bei Vermeidung aller Destructionen des Nasenbeins wird ein guter kosmetischer Effect erzielt.

25. April 1908 Vormittags.

Präsidenten: Girginoff, Oloriz, Uchermann.

Nachm. Holmgren und Schraga.

An diesem letzten Tage des Congresses besprach Gleitsmann (New-York) in seinem Referat die Therapie der Tuberculose und des Lupus der Nase, des Nasenrachenraums und des Pharynx. Ausser einigen Säuren, Jodkali, Phenolpräparaten, kurz der localen medizinischen Therapie werden die Heissluftcauterisation, die Tuberkulinkur, die Strahlentherapie und die Chirurgie abgehandelt. Zur Erzielung einer besonderen Tiefenwirkung ist mitunter beim Heissluftverfahren die vorherige Nasenspaltung nöthig. Nach einem Hinweis auf die Wichtigkeit einer Allgemeinbehandlung nennt G. die chirurgische Therapie, die Galvanocaustik, Milchsäure und besonders die Tuberkulinpräparate als ihm am wirksamsten erscheinend. In seiner Einleitung zollt der Correferent Heryng (Warschau), sowie dem verstorbenen Prof. Schmidt seine volle Anerkennung für ihre Verdienste auf dem Gebiete der Therapie der Tuberculose, wie er auch Krause's, Grünwald's u. A. rühmend gedenkt. Seine im Jahre 1886 vorgeschlagene chirurgische Behandlung der Larynxphthise fand eine grosse Anzahl Gegner, doch sind seine Erfolge nach 20jähriger Erfahrung so ermuthigende, dass er das Interesse dafür nochmals wachrufen möchte. Bei combinirter Kehlkopf- und Lungenphthise wird durch chirurgische Eingriffe der Larynx sehr selten ausheilen, und bleibt hier allein die entsprechende Allgemeinbehandlung indicirt. Zu betonen ist, dass es auch in schweren Fällen von Larynxphthise zur Spontanheilung

kommen kann. Die galvanocaustische Behandlung mit und ohne chirurgische Eingriffe giebt bei localisirten Infiltraten und relativ gutem Allgemeinzustand die besten Erfolge. Die Furcht vor tuberculöser Infection und schweren Blutungen nach chirurgischen Eingriffen ist nach seinen Erfahrungen unbegründet. Die radicale Exstirpation der Krankheitsherde von aussen eröffnet neuerdings ein aussichtsreiches Feld in der Behandlung dieser schweren Erkrankung. So lange wir kein Specificum gegen die Tuberculose der oberen Luftwege besitzen, wird die Therapie dieses Leidens eines der meist umstrittenen Gebiete bleiben. Dies bewies auch wiederum die grosse Zahl der Redner, die zu diesem Gegenstand das Wort nahmen. Von Wien sprachen Glas, der für Combination von Sonnenlichtbehandlung, endolaryngealer Operationen und galvanocaustischer Behandlung plaidirt; Weil, der auf die günstige Wirkung der Einblasungen von Antipyrin, Saccharum lactis ana bei Dysphagie hinweist und über einen Fall von Spontanheilung schwerer Kehlkopftuberculose berichtet, und Sorgo (Tuberculosen-Heilanstalt Alland in Oesterreich), der die Vortheile seiner Methode der Sonnenlichtbestrahlung vorführt. Aus dem Deutschen Reiche meldeten sich zum Wort Dreyfuss, der die Anregung zu einem vom Congress aus an die gesammten practischen Aerzte zu richtenden Rundschreiben gab, worin diese aufgefordert werden, die nur halbwegs auf Tuberculose verdächtigen Kehlkopfkrankheiten sofort einer specialistischen Station zuzuweisen, da ja die Behandlung gerade im Initialstadium relativ aussichtsvoll ist; Thost (Hamburg) lobt Koch's Alttuberkulin in den leichten Fällen sowie Pyoctanin nach chirurgischen Eingriffen. Hennig (Königsberg) wendet sich der Klimatotherapie zu und empfiehlt als besonders günstig einwirkend die Nord- und Ostseebäder. Kuttner (Berlin) vertritt einen conservativen Standpunkt und möchte die chirurgischen, speciell die extralaryngealen Eingriffe doch nur für die allerseltensten Fälle aufsparen, worin ihm im Princip Blumenfeld (Wiesbaden) beistimmt, der noch besonders der Anstaltsbehandlung das Wort spricht. Grünwald (Reichenhall) macht zunächst die Bemerkung, dass die Schweigekur (an sich nichts Neues) den Patienten in der Regel psychisch deprimirt. Auch er wie einige seiner Vorredner hofft, dass die Alkoholinjectionen in den N. laryngeus superior das halten werden, was von ihnen versprochen wird, denn dadurch könnten viele Operationen erspart werden. Von Engländern sprach Semon (London), der für rechtzeitige Einlieferung der Patienten in Sanatorien eintrat. Der Schweizer Laryngologe Mermod (Lausanne) findet, dass es noch immer zu viele Nihilisten auf dem Gebiete der Therapie der Larynxtuberculose giebt. Er selbst leitet in allen Fällen eine Behandlung ein und je energischer, desto besser. Die Präventivtracheotomie sei niemals indicirt.

Nun hält Jörgen Möller (Kopenhagen) seinen Vortrag: „Beiträge zur Kenntniss des Mechanismus der Brust- und Falsettstimme“. Auf Grundlage seiner gemeinschaftlich mit Dr. Fischer vorgenommenen Untersuchungen über die Stellung des Kehlkopes während der Phonation mittels Radiogrammen kann man annehmen, dass bei der Falsettstimme vorwiegend der Cricothyreoideus thätig sei, bei der Bruststimme namentlich der Tyreoarytänoideus internus. M. erklärt die näheren Details an Originalaufnahmen. Hierzu sprachen

Thost, Gutzmann, der u. a. bemerkt, dass die Dinge doch complicirter liegen, und auch Réthi, der auf seine einschlägigen Versuche hinweist.

Kanasugi (Tokio) theilt seine Beobachtungen über die Kehlkopfstörungen bei Beri-Beri mit, welche wesentlich Stimmbandlähmungen und Oedeme des Larynx sind. Bezüglich der ersteren nimmt er eine Entartung der Kehlkopfmuskeln und Nerven an, das Oedem scheint ihm ein Stauungsödem zu sein.

Schiffers (Liège) bespricht die Trophödeme des Larynx. Die Bezeichnung „Glottisödem" soll als unrichtig fallen gelassen werden. Die Diagnose des Trophödems kann nur per exclusionem gestellt werden, indem es ein von einem Nervenreiz abhängiges Symptom ist, dessen Existenz nicht immer festzustellen ist. Bei Versagen der gewöhnlichen Mittel (Eisapplication, Jod, Scarification) sollen Faradisation und Nervina berücksichtigt werden.

Mermod (Lausanne) hat von dem Grundsatze ausgehend, dass die abnorme Weite einer Nasenseite begünstigend für die Ozäna ist, bei Schiefstand des Septum durch submucöse Resection und Redression die verengerte Nasenseite erweitert, die erweiterte verengt und dadurch in 4 Fällen Heilung der Ozäna erzielt.

Katzenstein (Berlin) sprach über seine Untersuchungen zur Feststellung der Lautgebungsstelle in der Hirnrinde des Hundes (Versuche am Gyrus praecrucialis Owen), worauf Réthi (Wien) auf seine seinerzeitigen experimentellen Versuche über das Kau- und Schluckcentrum des Kaninchens hinwies.

Dann nahm H. Gutzmann (Berlin) zu seinem Vortrage „Ueber die Stimme und Sprache der Laryngectomirten" das Wort. Seine Beobachtungen sammelte er an den von Gluck laryngectomirten Patienten. Bei einer Gruppe handelte es sich um eine Sprache ohne Stimme, also eine blosse Production von Consonanten, bei einer zweiten Gruppe ist die Sprache eine im Hypopharynx gebildete Pseudostimme, also eigentlich eine Sprache mittels einer mitunter sogar modulationsfähigen Stimme. An schematischen Kurven erläutert G. die Möglichkeit, bei fehlendem Kehlkopf noch eine verständliche, articulirte Sprache zu produciren, und giebt eine Schilderung des systematischen Uebungsvorganges bei Laryngectomirten für die Entwicklung und bessere Einübung der Consonantenbildung sowie für die Einübung und Verbesserung der Pseudostimme.

Hermann Marschik (Wien) demonstrirt ein Epitheliom der rechten Stimmlippe bei einem 16jährigen Mädchen und mikroskopische Präparate von 2 Probeexcisionen dieses Tumors, woraus hervorgeht, dass es sich um einen rasch wachsenden malignen Tumor handelt. Wegen der relativen Seltenheit solcher maligner Neoplasmen des Larynx bei jugendlichen Personen zeigt er den Fall. Semon (London) sah nur einmal bei einem Patienten unter 30 Jahren ein Larynxepitheliom. Hugo Löwy (Karlsbad) bemerkt, dass die Indication zur Radicaloperation ausschliesslich auf Grund des histologischen Befundes denn doch nicht immer berechtigt sei, wie ein von ihm beobachteter Fall beweist (die Präparate werden demonstrirt), wo trotz der histologisch festgestellten Malignität

des Tumors der Patient ohne jeden Eingriff jetzt nach 4 Jahren noch gesund geblieben ist.

Nikolay (Neapel) demonstrirt einen Reflector mit kleiner elektrischer Glühlampe zur Laryngo-, Rhino- und Otoskopie, ferner einen kurzen Tubus zur Intubation, der nur bis zur Cart. cric. reicht.

Depangher (Triest) zeigt ein Instrument zur Conchotomie, das im Bau der Hülse eines Cigarettenstopfers gleicht, ferner ein zangenförmiges Adenotom, deren angebliche Vortheile u. a. Heindl (Wien) und Réthi (Wien) als nicht wahrscheinlich finden.

Josef Heller (Brünn) demonstrirt ein Präparat eines Amyloidtumors der Zunge als Zufallsbefund bei einem an Lungenemphysem verstorbenen 71jährigen Manne und zeigt sodann einschlägige makro- und mikroskopische Präparate.

Della Vedova (Mailand) giebt eine Darstellung der Ergebnisse seiner Untersuchungen über die Entwicklungsgeschichte der Nebenhöhlen der Nase beim Menschen. Die Bildung des Gaumens erfolgt früher, als bisher gewöhnlich angenommen wurde, der Beginn der Bildung des Sinus maxillaris fällt zwischen das Ende des zweiten und den Anfang des dritten Monats.

Della Vedova und Clerk haben 150 Fälle von operirter Rhinitis hypertrophicans histologisch untersucht und begründen ihre Eintheilung der chronischen Rhinitis in eine Rhinitis hyp. und pseudohyp., welch' letztere histologisch eine weitere Theilung in 3 Untergruppen gestattet, während die Rhinitis hyp. im engeren Sinne histologisch 5 verschiedene Formen erkennen lässt. In seinen „Bemerkungen über die Histopathologie einiger Neubildungen des Larynx" giebt Clerk detaillirte histologische Befunde verschiedener epithelialer Kehlkopfgeschwülste, während Pardi sich dieses Thema mit Rücksicht auf einige Tumoren der Nase und des Rhinopharynx zum Gegenstand der Besprechung gewählt hatte. Melzi und Cagnola berichten ausführlich über „4 mit Laryngotracheotomie geheilte Fälle von Laryngotrachealstenosen" und schildern den Gang der von ihnen ohne Kenntnis der einschlägigen Killian'schen Methode durchgeführten Operation, welche sich von dieser nebst kleineren Abweichungen dadurch unterscheidet, dass das Narbengewebe in toto entfernt, ein solider Tampon eingeführt und die Herausnähung der Schleimhaut an die äussere Hautumrahmung vermieden wird. Aboulker (Algier) giebt eine eingehende Darstellung einer grossen Reihe von zum Theil von ihm allein, zum Theil gemeinsam mit Cange, Ardin-Deltheil und Sabadini beobachteten bezw. operirten Fällen, darunter eines Falles von Nebenhöhleneiterung, latenten Fibroms im Nasenrachenraum, intranasaler Operation bei nasalem Asthma, Paraffininjection bei Ozäna mit Heilung etc.

Leopold Réthi (Wien) macht in seinem Vortrage: „Ueber die Indicationsstellung der Nasenscheidewandoperationen" im Verlaufe seiner interessanten Ausführungen darauf aufmerksam, dass sich der Operateur vorher stets vergewissern soll, ob nicht eine zufällige Complication, wie eine Hypertrophie des Schwellnetzes etc. die Stenose bedingt, wofür der Wechsel in der Athmungs-

behinderung spricht. Bei Berücksichtigung dieses Umstandes wird manche Septumoperation unterbleiben können.

Markus Hajek (Wien) berichtet über seine Erfahrungen über die endonasale Radikaloperation der Keilbeinhöhle und des hinteren Siebbeinlabyrinthes". Auf Grund gründlicher anatomischer Studien sowie reicher practischer Erfahrung constatirt H., dass die vordere Wand der Keilbeinhöhle auf endonasalem Wege nur nach Entfernung des hinteren Siebbeinlabyrinthes in grösserem Umfange zugänglich ist und dass es selbst dann schwer ist, eine dauernde Oeffnung zu erhalten, wenn man nicht mit Aetzmitteln, die hier besonders stark sich entwickelnden Granulationen zum Verschwinden bringt. Complette Curettirung des Keilbeinhöhleninnern ist nicht nöthig, da erfahrungsgemäss auch sehr verändert aussehende Schleimhautpartien dieser Höhle nach breiter Eröffnung derselben wieder normal werden. Nur bei combinirten Empyemen, welche die Operation auch einer anderen Nebenhöhle erfordern, wäre nach Killian oder Jansen zu operiren. Weil (Wien) freut sich in den Ausführungen Hajek's ein Einschwenken zum conservativen Standpunkt erkennen zu können, als dessen Anhänger er sich bekennt.

Hugo Stern (Wien) bespricht die „Störungen der Sprache und Stimme bei den Nervenkrankheiten", ihre subjectiven und objectiven Symptome in ausführlicher Weise und skizzirt nach einer Demonstration von Hülfsmitteln zur Functionsprüfung der Stimme und Sprache die einzuschlagende Therapie.

M. H. S. Struycken (Breda) hält seinen besonders bemerkenswerthen Vortrag über „Die Beobachtung der Luftschwingungen und ihre photographische Aufnahme". Schallwellen können wahrnehmbar gemacht werden 1. durch directe Beobachtung, 2. durch Transformirung in Energieschwingungen eines elektrischen Stromes und 3. durch Benutzung von Membranen resp. Fäden, welche durch die Luft in Mitschwingung versetzt werden. Die Beobachtung während des Klingens des Tones findet mittels eines total reflectirenden vor dem Auge schwingenden Pendels statt, die photographische Aufnahme mittels Sonnenlicht auf frei fallenden empfindlichen Plättchen oder Films. Die Zeitmessung erfolgt mittels einer Stimmgabel von bekannter Schwingungszahl.

An der Universitätsklinik für Kehlkopf- und Nasenkranke des Hofraths Chiari in Wien demonstrirt der Vorstand gelegentlich des Besuches der Congresstheilnehmer 5 Fälle von halbseitiger Exstirpation des krebsigen Kehlkopfes, von denen 2 keine Canüle trugen, sodann mehrere Fälle geheilter Thyreotomien wegen Carcinom und geheilter Radicaloperationen der Nebenhöhlen und andere interessante Erkrankungen, als Rhinosklerom etc.

Auch Koschier (Wien) demonstrirte an der Poliklinik den Mitgliedern des Congresses Fälle von operirtem und geheiltem Larynxcarcinom, sowie 4 Fälle von Radicaloperation bei Eiterung der Stirnhöhle, des Siebbeinlabyrinthes und der Keilbeinhöhle, einen Fall von querer Resection der Trachea wegen postdiphtheritischer Strictur und ein grosses Angiofibrom der Nase. An der Universitätsklinik für Nasen- und Kehlkopf-

kranke in Wien des Hofrathes Chiari sowie in dem Specialambulatorium des Docenten Hajek fanden instructive Demonstrationen namentlich über Keilbeinhöhlen statt, denen sehr viele Mitglieder des Congresses beiwohnten. Dr. Otto Kren demonstrirte auf der dermatologischen Klinik des Prof. Riehl (Wien) einige Dermatosen und Schleimhauterkrankungen, welche durch ihre Localisation im Gebiete der Nase, des Nasenrachenraums und des Kehlkopfes für uns von grossem Interesse waren.

Zum Schlusse entwickelte Jurasz (Heidelberg) nach einem historischen Rückblick seine Ansichten über die Nothwendigkeit der internationalen Rhino-Laryngologen-Congresse sowie über die Wichtigkeit der Trennung der Otiatrie von unserer Specialwissenschaft gelegentlich der Congresse und dankt Semon und Fraenkel für ihre grossen Verdienste um den Sieg unserer Specialwissenschaft. Semon (London) macht darauf aufmerksam, dass der Wiener Congress die Richtigkeit der Ausführungen Jurasz soeben bewiesen hat, indem das Arbeitspensum ein so grosses war, dass es trotz fleissigster Thätigkeit in 4 Tagen kaum aufzuarbeiten war, was überhaupt nur dadurch möglich wurde, dass die meisten Wiener Collegen auf ihre angemeldeten Vorträge verzichtet haben.

Die Sitzungen fanden im grossen Sitzungssaale des Gebäudes der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien statt, was sich als sehr zweckmässig erwies, da dadurch die Störungen, welche sich in Folge der mangelnden Acustik im grossen Festsaale der Universität bei der Eröffnungssitzung fühlbar machten, vermieden wurden. Es konnten sich die einzelnen Redner ohne besondere Anstrengung in dem stets dicht besetzten Saale sehr gut verständlich machen, auch war die Möglichkeit einer momentanen Verdunklung behufs Abhaltung der Licht- und Röntgendemonstrationen gegeben, worüber sich viele Congresstheilnehmer besonders lobend äusserten. Hanszel (Wien).

---

c) XI. Congress der Italienischen Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie.

Rom, 25. bis 27. October 1907.

Citelli (Catania) giebt ein Referat über: Die primären Tumoren der Nasenhöhle. Er theilt die Tumoren in benigne, maligne und Zwischenformen. Zu den letzteren rechnet er die Adenome und Papillome, vor allem die Osteome, die histologisch gutartig, klinisch aber — dies gilt besonders von den Stirnhöhlen-Osteomen — nicht als völlig gutartig angesehen werden können. Die malignen Tumoren sind in der Reihenfolge der Bösartigkeit: Endotheliome, Sarkome, Carcinome. C. betont, wie selten primäre Carcinome der Stirn- und Keilbeinhöhle gegenüber denen der Highmorshöhle sind. Er bespricht die Symptomatologie und Therapie der verschiedenen Geschwülste.

Bellotti (Mailand) giebt als Correferent einen Ueberblick über die verschiedenen Nasengeschwülste und führt die wichtigsten Fälle aus der Literatur an.

Rugani: Ueber die Carcinome des Nasenrachens.

R. berichtet über 2 Fälle. Der erste betraf eine 57jährige Frau. Man sah

im Pharynx von oben her eine höckerige, fleischige Masse herabhängen, die, wie man sich auch durch die Rhinoscopia anterior überzeugen konnte, vom Nasenrachen ausging.

Im zweiten Falle — einen 63jährigen Mann betreffend — sah man den höckerigen Tumor auf der hinteren Pharynxwand, der vom Nasenrachen herabkam und nach der Seite hin bis zu den hinteren Gaumenbögen reichte. Von einer Operation musste in beiden Fällen wegen des schlechten Allgemeinzustandes Abstand genommen werden. In dem ersten Falle wurden zwei Stückchen zur mikroskopischen Untersuchung entnommen; das erste Stückchen zeigte das Bild eines Plattenzellencarcinoms, in dem zweiten Stückchen sah man dazwischen deutliche Züge von Cylinderzellen. Der zweite Fall war ein reines Plattenzellencarcinom.

Citelli (Catania): Retrobulbäre Neuritis optica infolge Keilbeinempyem.

Es trat infolge eines nicht genügend behandelten Keilbeinhöhlenempyems heftiger Kopfschmerz und Verlust des Sehvermögens auf der entsprechenden Seite auf; es bestanden keine äusseren Veränderungen am Auge. C. fand in der Keilbeinhöhle zwei Knochensequester; er entfernte diese, kratzte die Höhle dann aus und behandelte sie weiter. Die Blindheit blieb bestehen, da totale Opticusatrophie vorhanden war.

Citelli: Eine neue Behandlungsmethode der chronischen Stirnhöhleneiterungen.

Verf. hat seine Methode an Hunden erprobt, bei denen experimentell eine Stirnhöhleneiterung hervorgerufen war. Diese Methode, deren Zweck eine Verödung der Höhle auf anderem Wege als auf dem der Radicaloperation sein soll, besteht darin, dass durch eine Oeffnung in der Vorderwand, nachdem die Höhle ausgekratzt, desinficirt und gut ausgetrocknet ist, geschmolzenes Jodoform-Paraffin eingeträufelt wird.

Ferreri (Rom): Cholesteatomatöse Sinusitiden.

Verf. bezeichnet gewisse Formen des Kieferhöhlenempyems, die auch durch die radicalen Methoden nicht beeinflusst werden, als cholesteatomatöse. Diese Empyeme sind immer nasalen Ursprungs und treten bei chronischen Siebbeineiterungen und bei Ozaena auf bei Individuen, bei denen einer stärkeren Entwickelung der Siebbeinzellen eine abnorme Kleinheit der anderen Höhlen, besonders der Kieferhöhlen entspricht. Ein anderes das Entstehen der cholesteatomatösen Sinusitis begünstigendes Moment ist die abnorme Weite des Ostium nasale dieser Höhlen. F. berichtet über zwei hierher gehörige Fälle.

Biaggi (Mailand): Ueber Kehlkopfkrebs.

B. ist kein Anhänger der Lehre vom parasitären Ursprung des Carcinoms. Er glaubt vielmehr an die Existenz der präformirten, mit besonderen angeborenen Eigenschaften versehenen Epithelzelle, die unter dem Reiz gelegentlicher Agentien specifischen Charakter und Function annimmt. Diese Reize sind beim Mann häufiger als bei der Frau, daher bei jenem die grössere Häufigkeit des Kehlkopf-

krebses. Redner hat in der Zeit von 1901—1905 eine Zunahme der Todesfälle infolge Kehlkopfkrebses um das Doppelte constatiren können. B. zählt dann die Symptome der Erkrankung und den laryngoskopischen Befund in den verschiedenen Stadien auf.

Gavello (Turin) giebt ein Referat über: Behandlung des Kehlkopfkrebses. Er unterscheidet palliative und radicale. Unter den medicamentösen Mitteln räumt er dem Adrenalin eine gewisse Bedeutung ein. Er bespricht dann die Serotherapie, das Trypsin, das er selbst in einem Falle Gelegenheit hatte, zu versuchen, die Thermokaustik, Galvanokaustik, Elektrolyse, Radiotherapie und schliesslich besonders ausführlich die chirurgische Behandlung. Was die endolaryngeale Methode betrifft, so hält er sie für gerechtfertigt nur, wenn der Tumor gestielt und wohl umschrieben dem freien Rande des Stimmbandes in dessen Mitte aufsitzt, keine Bewegungsbeschränkung des Stimmbandes und keine Ulceration besteht. R. hat in einem solchen Falle dauernde und complette Heilung erzielt. Die Laryngotomie soll gemacht werden, wenn der Krebs nur das Larynxinnere betrifft, sich im Frühstadium der Entwickelung befindet, auf die Stimmbänder oder doch wenigstens auf die Weichtheile beschränkt ist und nicht auf den Knorpel übergegriffen hat. Bisweilen kommt die Laryngotomie auch als probatorische Operation in Betracht und bildet dann den ersten Theil eines radicalen Eingriffs. B. verfügt über 3 Fälle, von denen 2 mit Erfolg operirt wurden. Bezüglich der Laryngectomie stimmt die von Perez für die italienischen Fälle aufgestellte Statistik mit den allgemeinen Erfahrungen überein, wonach die Resultate infolge der verbesserten Technik und der frühzeitigen Diagnose immer besser werden. B. berichtet über 2 Fälle, einen von partieller, den anderen von totaler Larynxexstirpation, beide mit glücklichem Ausgang.

N. Calamida (Turin): Ueber chirurgische Behandlung der chronischen Kehlkopfstenosen.

C. greift aus den Fällen seiner persönlichen Erfahrung drei heraus, die nach verschiedenen Methoden behandelt, in gewissem Sinne die hauptsächlichsten Modalitäten der Behandlung repräsentiren.

Im ersten Fall sass die Narbenstenose, die die Folge eines tuberculösen Processes war, im Niveau der Glottis; die obstruirende Membran wurde incidirt und dann gradatim mittels Intubation dilatirt. Der Erfolg war ausgezeichnet, sowohl was die Athmung, wie die Phonation betrifft; die Heilung dauert seit mehr als 2 Jahren.

Im zweiten Fall handelte es sich um eine Lähmung der Glottiserweiterer: hier wurde die Tracheotomie gemacht und dann die retrograde Dilatation mit den Poli'schen Tuben gemacht, gleichfalls mit befriedigendem Resultat.

Die dritte Beobachtung betrifft eine Patientin, bei der vor 4 Jahren mit gradueller Intubation eine Heilung erzielt war. Jetzt kam Patientin mit einem schweren Recidiv ihrer subglottischen Stenose wieder; C. hat die Laryngofissur gemacht. Bis jetzt ist das Resultat sehr gut.

N. Melzi und A. Cagnola (Mailand): Beitrag zur Behandlung der chronischen Laryngo-Trachealstenosen mittels Laryngo-Tracheostomie.

Redner betonen, dass sie die in der Arbeit von Sargnon und Barlatier (Revue hebdomadaire de Laryngologie, August 1907) publicirte Methode, die jene Autoren bei Killian in Freiburg hatten anwenden sehen, bis auf geringe technische Abweichungen schon vorher in zwei Fällen geübt hätten. Während bei der gewöhnlichen Laryngofissur man die Operationswunde primär schliesst, hält man bei der Laryngostomie den Kehlkopf offen, um ihn in geeigneter Weise zu behandeln und schliesslich mittels einer Plastik die Athmung per vias naturales wiederherzustellen.

In den beiden von Verff. behandelten Fällen handelte es sich um schwere Erkrankungen: der eine hatte eine hochgradige posttyphöse Stenose und gleichzeitig eine Oesophago-Trachealfistel, der andere Fall betraf ein Kind, bei dem nach Croup zwei Tracheotomien gemacht worden waren, davon die eine in Höhe der rechten Schildknorpelplatte, die deformirt geblieben war. In letzterem Fall handelte es sich um eine wirkliche narbige Atresie des Kehlkopfs. Mittels der Laryngostomie gelang es, die Oesophago-Trachealfistel zu heilen, in beiden Fällen die Stenose zu beseitigen und die Mundathmung wieder herzustellen. Im ersten Fall betrug die Behandlungsdauer 4 Monate, im zweiten $2^1/_2$ Monate.

Redner sind der Ansicht, dass die Laryngostomie für die schweren Stenosen des Larynx die Behandlung par excellence darstellt.

Ferreri (Rom): Das Radium bei Neubildungen des Kehlkopfes.

F. hat das Radium in einem Falle von Epitheliom der linken Larynxhälfte, bei dem jeder chirurgische Eingriff verweigert wurde, angewandt; die Einwirkungsdauer des Radium betrug im Ganzen 3 Stunden. F. konnte constatiren, dass eine erhebliche Verkleinerung des Tumors eingetreten war, ferner, dass der Larynx eine ganz ausserordentliche Toleranz gegenüber dem Radium erlangt. F. meint, dass man bei gutartigen Tumoren, bei denen ein chirurgischer Eingriff contraindicirt ist oder verweigert wird, sowie bei malignen Tumoren, die inoperabel sind, das Radium versuchen solle.

Masini (Genua): Ueber das corticale Kehlkopfcentrum beim Menschen.

M. geht von zwei Fällen seiner Beobachtung aus, bei denen nach einer Apoplexie Lähmung eines Stimmbandes vorhanden war. Bei dem einen Fall constatirte man bei der Section eine Läsion des Fusses und der oberen Hälfte der aufsteigenden Frontalwindung. M. kommt zu der Ansicht, dass beim Menschen das motorische Rindencentrum für den Larynx einseitig und gekreuzt sei, ohne auszuschliessen, dass directe Fasern bestehen, wie man bei den experimentellen Beobachtungen am Thiere constatirt.

Rugani (Siena): Beitrag zur localen Serotherapie diphtherischer Processe.

Verf. hat nach vorheriger Entfernung der Membranen mit sterilisirtem Wasser

oder Lysoformlösung oder Protargollösung das sogenannte „bivalente" Antidiphtherieserum angewandt, und zwar entweder in Form von Pinselungen oder Inhalationen oder Irrigationen.

Er kommt zu dem Schluss, dass das bivalente Serum die Diphtheriebacillen sehr viel schneller zum Verschwinden bringe, als das antitoxische Serum und dass seine locale Wirkung sehr viel energischer sei, als die des antitoxischen Serums. Er erwartet noch viel von einer weiteren Vervollkommnung der Präparate. Durch Zusatz energischer Desinficientien wird eine günstige Wirkung auf die in den Diphtheriemembranen neben den Diphtheriebacillen sich ansiedelnden und den Process erschwerenden Keime geübt.

Citelli (Catania): Anatomische Eigenthümlichkeiten des Ventriculus Morgagni beim Menschen nebst klinischen Betrachtungen.

Die zahlreichen anatomischen neuen Details, die C. bei seinen Untersuchungen gefunden hat, werden in einer demnächst in der „Internationalen Monatsschrift für Anatomie" erscheinenden Arbeit genau beschrieben. Hier macht er nur — wegen der klinischen Wichtigkeit — auf das Vorhandensein eines vorderen und — bisweilen auch — eines hinteren „Hornes" des Ventrikels aufmerksam, die in der Substanz des Taschenbandes gelegen sind, sowie auf das in einigen Fällen constatirte Vorhandensein eines medialen Fortsatzes des Ventrikelgrundes, der, oberhalb des Taschenbandes gelegen, ganz nahe an das Epithel des Larynxlumens heranreicht. Diese Fortsätze geben Anlass zu cystischen Bildungen; auch die inneren Laryngocelen sind darauf zurückzuführen.

Nieddu (Florenz): Thyreoiditis, Meningitis cerebro-spinalis epidemica, Lymphadenitis pharyngealen Ursprungs.

1. Die einfache acute Thyreoiditis, sei sie infectiöser Natur oder idiopathisch oder rheumatischer Natur, ist häufig rheumatischen Ursprungs.

2. In Kropfgegenden ist auch die acute Anschwellung der Schilddrüse, die dann zur Hypertrophie der Drüse führt, oft pharyngealen Ursprungs; es kann dies bei einzelnen Individuen, als auch epidemisch eintreten. Für diesen Fall sprechen viel Beobachtungen dafür, dass die Keime nicht, wie gewöhnlich angenommen, mit dem Wasser aufgenommen, sondern vielmehr inhalirt werden.

3. Ausser auf metastatischem Wege durch das Blut kann auch die Ausbreitung infectiöser Keime per continuitatem vom Zungengrund und Zungentonsille aus auf die Schilddrüse erfolgen.

Bei der Meningitis cerebro-spinalis epidemica gehen die Keime gewöhnlich direct aus dem Nasenrachenraum zu den Meningen; in manchen Fällen auch auf dem Wege durch die Tube und das Mittelohr.

Die cervicalen Lymphdrüsenschwellungen sind gewöhnlich pharyngealen Ursprungs.

Citelli (Catania): Epitheliomatöse Dermoidcyste der Seitenfläche der Nase.

Es handelte sich um eine Dermoidcyste der rechten Seite der Nase; das Wachsthum war so schnell, dass sie in einigen Monaten den Umfang einer grossen

Nuss erreicht hatte. Die Cyste wurde mit der ihr adhärirenden Haut exstirpirt, der Substanzverlust durch eine Plastik gedeckt. Heilung per primam. Histologisch handelte es sich um eine Dermoidcyste, deren Wand zu drei Vierteln eine epitheliomatöse Umwandlung erlitten hatte. C. hat noch zwei weitere seitliche nasale Cysten beobachten können, die er nicht histologisch untersuchen konnte. Er weist darauf hin, dass diese gegenüber den Dermoidcysten des Nasenrückens relativ selten sind.

Putelli (Venedig): Ueber die klinische und histologische Diagnose der Tumoren des Septums.

P. berichtet über den Fall einer 21jährigen Dame, die $1^1/_2$ Jahre vorher ein starkes Trauma der Nase erlitten hatte. Allmählich bildete sich eine rechtsseitige Nasenverstopfung heraus. Man fand rechts am Septum einen breitbasig aufsitzenden Tumor, der den knorpeligen Theil einnahm und die Nase fast ganz verlegte; er war roth, hart und von der Grösse einer Erbse. Die Untersuchung des excidirten Tumors ergab in dem einen Theil das Bild eines Endothelioms, im anderen das eines Tuberculoms. P. meint, dass es sich in dem ersten Theil nur um entzündliche Reaction handle, die das Bild einer Neubildung vortäusche, dass der Tumor thatsächlich ein Tuberculom war. Es trat kein Recidiv ein. Man solle sich nicht mit der Untersuchung eines Geschwulstfragmentes begnügen, sondern mehrere Fragmente schneiden.

Finder.

(Nach dem Bericht des Arch. Italiano di Otologia.)

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Der Julinummer der „Annales des maladies de l'Oreille et du Larynx“ entnehmen wir folgende Mittheilungen:

Dr. Schönemann (Bern) ist zum Professor der Oto-laryngo-rhinologie ernannt worden.

Dr. Freese (Halle) hat den Professortitel erhalten.

Dr. Mouret, welcher mit der Abhaltung der oto-rhino-laryngologischen Curse an der Universität Montpellier betraut ist, ist zum „Professeur adjoint“ ernannt worden.

Dr. Levesqué, Assistenz von Dr. Texier, ist zum Oto-Rhino-Laryngologen an den Hospitälern von Nantes ernannt worden.

Wir werden von Prof. J. Sedziak in Warschau um die Aufnahme folgender Zeilen ersucht:

Zu meinem grossen Bedauern habe ich in meiner im Centralblatt veröffentlichten Arbeit „Die Entwickelung der Laryngologie und Rhinologie bei den ein-

zelnen Nationen“ die Namen einiger um unsere Specialität sehr verdienter Männer zu nennen unterlassen. Diese Unterlassung sei hiermit wieder gut gemacht. Es seien also noch nachträglich genannt:

Prof. Benno Baginsky in Berlin, einer der ältesten deutschen Laryngologen, Verfasser der Arbeiten über „Ataxie der Stimmbänder“, sowie des Artikels über Kehlkopfkrankheiten in Eulenburg's Encyclopädie.

Prof. Denker, Director der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in Erlangen (seit 1902 als Nachfolger von Kiesselbach), bekannt unter anderem durch seine Arbeiten über die Chirurgie der Nebenhöhlen.

Hofrath Dr. Mader (München); verfasste unter anderem eine Arbeit: „Ueber Nasen- und Mundathmung mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zur Infection“ (1902); ferner „Ueber Röntgentherapie der oberen Luftwege“.

Dr. Max Scheier (Berlin); arbeitete unter anderem „Ueber die Ossification des Kehlkopfs“ (1901), sowie „Ueber die Krankheiten der Mundhöhle bei Glasbläsern“ (1907).

Ferner sind folgende Berichtigungen zu machen: Dr. Meyer in der Schweiz war zur Zeit der Publication nicht Docent. In Budapest sind ausser Baumgarten noch Docenten: Morelli, Némái und Donogány; dagegen ist Polyak nicht Docent. Zu erwähnen vergessen wurde Dr. Zwillinger, Verfasser verdienstvoller Arbeiten und Secretair der laryngologischen Gesellschaft.

In Italien gründete Prof. Labus in Mailand bereits im Jahre 1872 eine Fachzeitschrift, die aber leider nur 6 Jahre erschien; er docirte im Jahre 1878 als erster in Pavia die Laryngologie.

Jan Sedziak.

S. Jacob E. Schadle †.

Am 29. Mai d. J. starb nach kurzer Krankheit im 59. Lebensjahre im Krankenhaus seiner Heimathstadt St. Paul, Minnesota, Jacob E. Schadle, einer der hervorragendsten Specialisten für Hals- und Nasenkrankheiten im Westen der Vereinigten Staaten. Er war geboren am 23. Juni 1849 und wurde vom Jefferson Medical College im Jahre 1881 graduirt. Im Jahre 1889 liess er sich als Specialarzt in St. Paul nieder.

Er war ein eifriger Forscher, verfasste viel Originalarbeiten, deren letzte eine von der Beziehung des Highmorshöhlenempyems zum Heufieber und Asthma handelte. Schadle besass eine freimüthige Gesinnung und erwarb unter Collegen und Patienten viele aufrichtige Freunde, die sein Andenken stets hoch halten werden.

Emil Mayer.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, October. 1908. No. 10.

I. Die Schicksale der Laryngologie in Heidelberg.

Vor wenigen Tagen ist bei Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag), Würzburg, eine kleine Brochüre: „Geschichte der Laryngologie an der Universität Heidelberg seit der Erfindung des Kehlkopfspiegels bis zum 1. October 1908", aus der Feder des bisherigen a. ö. Professors der Laryngologie in Heidelberg, Dr. A. Jurasz, erschienen, deren Studium jedem Laryngologen empfohlen sei, dem die öffentlichen Interessen seiner Specialität am Herzen liegen.

In so objectiver Form der Bericht gehalten ist, so gestaltet er sich zu einer so schweren Anklage gegen diejenigen Einflüsse, die der Schilderung des Verfassers zufolge über dreissig Jahre hindurch einem gedeihlichen Aufblühen der Laryngologie an der Heidelberger Universität Hindernisse in den Weg gelegt haben, dass es nicht verwunderlich wäre, wenn seitens der Betheiligten: in erster Linie der Heidelberger Facultät, in zweiter der Grossherzogl. Badischen Staatsregierung eine Antwort erfolgte, welche die Frage unter einem anderen Gesichtswinkel darstellte.

Sollte eine solche Antwort gegeben werden, so wird derselben in diesem Blatte die gleiche Berücksichtigung zu Theil werden, wie der Anklage selbst. Da es aber immerhin zweifelhaft ist, ob eine Antwort überhaupt erfolgen wird, da die Jurasz'sche Schilderung von grösster Wichtigkeit für das Verständniss der Schwierigkeiten ist, mit denen die Laryngologie im Allgemeinen bezüglich ihrer officiellen Anerkennung zu kämpfen gehabt hat, und da vor allen Dingen als trauriges Ende des Heidelberger dreissigjährigen Krieges die Thatsache unverrückbar feststeht, dass die Laryngologie an der dortigen Hochschule vom 1. October dieses Jahres ihre Selbstständigkeit als Lehrgegenstand verliert, indem sie laut Beschluss der medicinischen Facultät, welcher von der Grossherzoglichen Regierung genehmigt worden ist, der Otologie „angegliedert" wird — dies ist der Ausdruck, in welchem Jurasz das Factum mittheilt —, so wird es unsere Pflicht, von dem Inhalte der Brochüre des bisherigen Leiters der ambulatorischen Klinik an der dortigen Universität schon jetzt Kenntniss zu nehmen und die wichtigsten Punkte des Berichts unseren Lesern mitzutheilen.

In einer kurzen Vorrede erklärt Jurasz die Gründe, die ihn veranlasst



haben, seine Schrift zu veröffentlichen. Von diesen ist unzweifelhaft der letzte: dass er auf die zahlreichen an ihn gerichteten Fragen, warum er nach 36 seiner besten, im Dienste der Alma Mater Ruperto-Carola zugebrachten Lebensjahre Heidelberg verlasse und seinem bisherigen Wirkungskreise einen anderen in der Ferne vorziehe, eine Antwort geben wolle —, der bei weitem wichtigste und für die Aussenwelt bedeutsamste. Diese Antwort giebt der Verfasser in objectiver und vornehmer Form, und rühmend sei hier hervorgehoben, dass wohl nicht viele andere in gleicher Lage es über sich gewonnen haben dürften, die Geschichte eines über dreissigjährigen Leidenskampfes so völlig „sine ira et studio" niederzuschreiben, wie Jurasz es gethan hat. — Wenn nichtsdestoweniger die ganze Schrift, wie wir Eingangs gesagt haben, eine schwere Anklage gegen die maassgebenden Einflüsse in der Heidelberger Facultät darstellt, welche die unermüdlichen Versuche des Laryngologen, seine Abtheilung zu heben, durch passiven Widerstand vereitelt haben, so ist es die Gewalt der geschilderten Thatsachen, welche ihr diesen Stempel aufgedrückt, nicht die parteiischer Schilderungsweise.

Als Jurasz im Jahre 1875 die Leitung der Heidelberger ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-, Nasen- und Rachenkranke übernahm, war das Ziel, das er nach seinen eigen Worten ins Auge fasste und bis zuletzt mit Consequenz verfolgte: „die Laryngologie in Heidelberg auf die höchste Stufe der Leistungsfähigkeit zu erheben und ihr an der Universität diejenige Stellung zu verschaffen, die sie nur auf den grössten deutschen Hochschulen besass" (S. 4). — Anfangs schien es, dass er sich diesem Ziele nähere und dass er es schliesslich mit Geduld und Ausdauer erreichen würde. Aber bald begegnete er grossen Schwierigkeiten und Hindernissen. „Sie rührten daher, dass das Entgegenkommen der Behörden schon frühzeitig nachliess und später gänzlich aufhörte. Es fehlte nicht an Versprechungen und Vertröstungen, aber ebensowenig an Enttäuschungen. Der Wechsel in der Zusammensetzung des medicinischen Facultätscollegiums und ohne Zweifel auch manches persönliche Interesse brachten es nämlich mit sich, dass sich die Anschauungen über die Frage der Laryngologie an unserer Universität änderten und sich das Verständniss dafür verlor, einer zum Vortheil der Wissenschaft und noch viel mehr zu dem unserer Hochschule emporblühenden Doctrin die Wege zu ebnen. Ich machte die traurige Erfahrung, dass, so oft ich um Befriedigung der Bedürfnisse, welche der Unterricht auferlegte, und um Abstellung von Uebelständen, welche ihn beeinträchtigten, bat, meine Eingaben und Gesuche von der medicinischen Facultät entweder nur theilweise berücksichtigt oder ganz zurückgewiesen und von der Regierung in ähnlicher Weise beschieden wurden" (Ss. 4—5).

Der ganze weitere Inhalt der Schrift ist ein fortlaufender Beleg für diese allgemeinen Klagen des Verfassers. Ich wünsche nichts weniger, als die Lectüre des Originals überflüssig zu machen, und beschränke mich daher auf die Angabe folgender springender Punkte:

1. Während des ganzen über dreissigjährigen Bestehens der ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-, Nasen- und Rachenkranke hat dieselbe niemals eine ihrer Bedeutung und Krankenfrequenz entsprechende Behausung gehabt. Bei ihrem Abschluss bestanden die Räumlichkeiten — bei einer Gesammtzahl von 2571 Kranken und 13000 Consultationen im Jahre 1907 — aus „einem 6,36 m breiten

und 7,29 m langen Hörsaal; aus einem Consultations- und Operationszimmer von 5 m Breite und 6,36 m Länge; aus einer kleinen, durch eine Bretterwand abgeschlossenen, 2,20 m breiten und 2,80 m langen Kammer, und endlich aus einem durch Vorplatz getrennten, 4,52 m breitem und 6,36 m langem Wartezimmer" (Ss. 8 und 9). Und doch bedeutete die im Jahre 1898 erfolgte Zuweisung dieser Zimmer gegen früher „einen grossen Gewinn" (S. 9), obwohl der Verfasser gleich weiterhin sagt, dass der Saal für die stark besuchten laryngoskopischen Curse, später auch für die klinischen Stunden zu klein war, die Kammer für gewisse Behandlungs- und Untersuchungszwecke (Elektrisiren, Galvanokaustik, Elektrolyse, Massage, Durchleuchtung u. a) ganz ungenügenden Raum bot, und ein Platz für die Sammlung der für die Vorlesungen nöthigen anatomischen Präparate und sonstiger Utensilien und für die Aufstellung der Inhalationsvorrichtungen ganz fehlte (S. 9). Kein Wunder, dass ein Mitglied der I. Badischen Kammer, Freiherr von La Roche, der am 23. Januar 1906 diese Verhältnisse im Landtage zur Sprache brachte, sich folgendermaassen ausdrückte: „Ich hatte vor einiger Zeit einen Patienten in diese Klinik zu begleiten und kann nur sagen, ich war eigentlich entsetzt über die mangelhaften Zustände, welche in dieser Klinik herrschen. Die laryngologische Klinik hat zur Zeit, wie mir gesagt wurde, einen jährlichen Besuch von etwa 2500 Kranken. Zu deren Behandlung steht nur ein einziger Raum zur Verfügung von der Grösse eines mässigen Zimmers. Am Vormittag werden an sechs besonderen Tischen ebensoviele Kranke — Jurasz berichtigt dies in einer Anmerkung dahin, dass es heissen solle: an zwei Tischen je zwei Kranke — von den Assistenten und Practicanten unter Leitung des Herrn Professors in Behandlung genommen; . . . . . . Neben diesem Zimmer ist noch ein ganz kleiner Raum vorhanden, in dem gerade drei Personen Platz haben, der reservirt ist für die schwierigen Operationen, welche der Herr Professor selbst vornimmt. Sonst aber ist nur ein Warteraum da, von dem wieder durch einen Leinwandvorhang ein Theil abgetrennt ist als Inhalatorium, ausserdem ein ungenügender Raum für die Vorlesungen, der so beschränkt ist, dass der Professor genöthigt ist, im Allgemeinen die Vorlesungen doppelt zu halten, weil nicht sämmtliche Hörer hineingehen. Es ist das um so unbegreiflicher, als die Universität Heidelberg, glaube ich, seit 30 Jahren schon einen Laryngologen von Weltruf besitzt, dessen segensreiche Thätigkeit durch die geschilderten Mängel in bedauerlicher Weise beeinträchtigt wird" (S. 49).

2. Bei ihrer Gründung besass die ambulatorische Klinik „nichts anderes, als nur die Erlaubniss, die in der Poliklinik vorhandenen Spiegel und sonstigen Bedarfsgegenstände unter der Bedingung der Instandhaltung zu benutzen" (S. 9). Für Anschaffung neuer Instrumente, Behandlungs- und Unterrichtsartikel, ja selbst für die Bezahlung der Apotheke waren Mittel nicht vorhanden, und die Klinik gerieth bei ihrem raschen Wachsen in die grössten finanziellen Verlegenheiten. Der Leiter musste das für die laryngoskopischen Curse erhobene Collegiengeld zur Anschaffung der nothwendigsten Sachen und zur Begleichung der Apothekerrechnungen verwenden und deckte „acht Jahre lang alle Unterhaltungskosten des Instituts aus eigener Tasche" (S. 10). Endlich begann die Regierung nach immer wiederholten Petitionen zu helfen, aber bis zum Aufhören der Klinik als eines

selbständigen Institutes betrug der Staatszuschuss bei einer Frequenz von mehr als 2000 Patienten und etwa 13000 Consultationen nicht mehr als 3000 Mark für die Klinik und 600 Mark für den Assistenten. Während ihrer ganzen Existenz hat die Klinik den Charakter einer Privatanstalt mit einer staatlichen Subvention behalten. —

3. Immer und immer wieder beantragte Jurasz die Einrichtung einer stationären laryngologischen Klinik mit dem Hinweise auf die Grösse der Krankenzahl, die Häufigkeit schwerer Fälle unter denselben und den Schaden, den der Unterricht dadurch erleide, dass er immer bloss auf die Vorführung von leichten Erkrankungen beschränkt werden müsse. „Die medicinische Facultät aber erkannte die Nothwendigkeit der Abhülfe nicht an, und die Regierung brachte ihren guten Willen nur durch Versprechungen zum Ausdruck, wobei sie erklärte, dass das Urtheil des Facultätscollegiums für sie maassgebend sei.“ Bei diesem Stande der Dinge ist es geblieben. Schwere Fälle mussten der medicinischen und chirurgischen Klinik überwiesen werden, und in ersterer sind mehrmals solche untergebracht und von der Halsklinik weiter behandelt worden. „Was die chirurgische Klinik anbelangt, so hatte die Halsklinik niemals die Erlaubniss gehabt, ihre in die chirurgische Station aufgenommenen Fälle operativ zu behandeln“ (S. 40 Anm.).

Die gegebenen Beispiele genügen, um zu zeigen, mit welchen Schwierigkeiten und Hindernissen Jurasz zu kämpfen gehabt hat. Dass trotzdem von seiner Klinik praktisch, unterrichtlich und literarisch so Tüchtiges geleistet worden ist, wie dies aus den diesen Punkten gewidmeten Abschnitten seiner Brochüre hervorgeht, gereicht ihm um so mehr zum Verdienste.

Schliesslich wurden die Missstände so schreiend, dass sich der badische Landtag mit den Verhältnissen der Laryngologie an der Universität Heidelberg, insbesondere mit der Frage der stationären laryngologischen Klinik zu beschäftigen begann. In den Jahren 1900, 1902, 1904, 1906, 1908 wurden in beiden Kammern von Abgeordneten aller Parteien immer und immer wieder Interpellationen betreffs der laryngologischen Zustände an der Heidelberger Hochschule gestellt, den Verdiensten Prof. Jurasz's Anerkennung gezollt, dem Verlangen nach der Errichtung einer stationären laryngologischen Klinik Ausdruck gegeben. — Die Antwort der Regierungsvertreter war eine stereotype: Die Regierung erkenne die Verdienste Prof. Jurasz's voll und ganz an, könne aber diese Fragen „nur auf Anregung und im Vernehmen mit der medicinischen Facultät“ (S. 43) lösen. Und im Jahre 1906 sagte endlich der Staatsminister Dr. Freiherr von Dusch, als Abgeordneter Freiherr von La Roche an seine oben citirte Schilderung der gegenwärtigen Verhältnisse den dringenden Wunsch nach der Errichtung einer stationären laryngologischen Klinik anschloss: dass „nach Ansicht der medicinischen Facultät in Heidelberg die Errichtung einer solchen Klinik nicht zu den dringenden Bedürfnissen zu rechnen sei . . . .“ (S. 50).

Lassen wir zum Schlusse Prof. Jurasz selbst das Wort, um zu erklären, warum seine Vorstellungen und Bitten an den zuständigen Stellen kein Gehör gefunden haben, und warum einer in Heidelberg emporblühenden Specialwissenschaft in ihrer erfolgreichen praktischen und wissenschaftlichen Thätigkeit die erwünschte Förderung versagt geblieben sei:

„Von den Regierungskreisen darüber aufgeklärt, dass der Grund, warum ich nur Misserfolge meiner Gesuche zu verzeichnen hatte, in der ablehnenden Haltung einiger Facultätsmitglieder lag, forschte ich nach der Veranlassung dieser Haltung. Zunächst lag der Gedanke nahe, dass vielleicht meine Person aus irgend einem Motiv nicht genehm sei, und dass man durch Abschlagen sachlicher Wünsche möglicher Weise meinen Rücktritt erstrebe. In dieser Vermuthung erklärte ich mich den Behörden gegenüber gerne bereit, meine Stellung an der Universität aufzugeben, wenn dadurch die fortgesetzte Schädigung der von mir vertretenen Specialität aufhören würde. Ich erhielt aber von allen Seiten die Versicherung, dass dies nicht der Fall sei. Später gelang es mir, aus directer Quelle zu erfahren, dass die Förderung der Laryngologie in meinem Sinne deshalb auf Hindernisse stosse, weil diese Doctrin dem Interesse der klinischen Institute widerstrebe und bei weiterem Fortschritt noch mehr widerstreben würde. Diese Auskunft war für mich überraschend, denn eine solche Ansicht war und blieb mir Angesichts des gemeinschaftlichen Ziels, das alle akademischen Institute verfolgen, völlig unverständlich. Zum Widerlegen dieser Concurrenzbefürchtung dürfte übrigens meiner Meinung nach das einzige Moment ausreichen, dass im grossen Prozentsatz alle diejenigen operativen und nicht operativen Krankheitsfälle, welche in einer stationären Halsklinik behandelt werden, für die chirurgische und interne Klinik einen unbedeutenden, für die laryngologische dagegen einen hochgradigen Werth besitzen. Es war demnach ausgeschlossen, dass die Anforderungen der Laryngologie an unserer Hochschule befriedigt werden, so lange sich einige Facultätsmitglieder, die in Sachen der klinischen Unterrichtsbedürfnisse entscheidende Stimme hatten, dagegen aussprachen, und so lange sie der einwandsfreien Zustimmung der Regierung zu ihrem Urtheil sicher waren" (S. 35).

Soweit Professor Jurasz. Es ist unmöglich, die Sachlage schärfer zu präcisiren, als er selbst dies gethan hat. Die Laryngologie ist an ihrem Aufblühen in Heidelberg verhindert worden, weil einige ausschlaggebende Mitglieder der dortigen medicinischen Facultät der Ansicht waren, dass diese Doctrin „dem Interesse der klinischen Institute widerstrebe und bei weiteren Fortschritt noch mehr widerstreben würde".

Hier ist in nuce der Grund, weshalb die Laryngologie fast allerwärts während ihres fünfzigjährigen Bestehens dem Argwohn und geringen Wohlwollen der Autoritäten begegnet ist, weshalb man ihr an den Universitäten, den Hospitälern so vieler Länder, beim Unterricht, bei den Prüfungen, bei den internationalen medicinischen Congressen — kurz, wo immer man nur konnte, Förderung und Anerkennung versagt, sie in die Rolle des Aschenbrödels hinabgedrückt hat.

Hier ist aber auch der Grund, weshalb ich kürzlich beim internationalen Laryngologencongresse in Wien gegen den falschen, sich neuerdings mehrfach geltend machenden Ehrgeiz einiger Fachgenossen gewarnt habe, Gebiete, die mit unserem eigenen nur in losem Zusammenhange stehen, für die Laryngologie in Anspruch nehmen zu wollen. Die Warnung wurde ziemlich ungläubig aufgenommen; seither ist ihr direct widersprochen worden. Wird sie jetzt noch un-

berechtigt scheinen, wo die Thatsachen zeigen, dass die Laryngologie an einer der ersten deutschen Universitäten ihre Selbstständigkeit verloren hat, weil die dortige Facultät der Ansicht ist, dass diese Doctrin „dem Interesse der klinischen Institute widerstrebe und bei weiterem Fortschritt noch mehr widerstreben würde“? — —

Der verdiente Gelehrte, der nach mehr als dreissigjährigem wackeren Kampfe sich einen neuen Wirkungskreis in der Ferne suchen muss, ist der wärmsten Theilnahme seiner Fachgenossen sicher. Wir theilen sein tiefes Bedauern, dass das Streben, dem er seine Kraft, Ausdauer und ein grosses Stück seines Lebens gewidmet hat, damit endet, dass er den Schmerz hat, sehen zu müssen, dass gerade in Heidelberg, einer der ersten Hochschulen, die sich der damals noch jungen Laryngologie freundlich annahmen, in Heidelberg, das die Geburtsstätte und 15 Jahre lang der Sitz einer der hervorragendsten laryngologischen Gesellschaften der Welt, des „Vereins süddeutscher Laryngologen“, gewesen ist, sein Specialfach mit seinem Scheiden seine Selbstständigkeit verloren hat, und dass sein Bericht über die Thätigkeit seiner Klinik den Schwanengesang derselben darstellt.

Aber weit über die persönliche Seite der Frage, ja über die Trauer über den Verlust einer unserer anscheinend festesten Burgen geht die Bedeutung des Beschlusses der Heidelberger Facultät für die gesammte Laryngologie.

Was sich soeben in Heidelberg vollzogen hat, kann sich anderwärts wiederholen. Nachdem einmal ein Präcedenzfall gegeben ist, ist es leicht, ihm bei gebotener Gelegenheit nachzukommen. Die Finanzminister werden sich allerorten, wo diese Fragen den Regierungsäckel berühren, freuen, Ersparnisse machen zu können, die Facultäten, die Anzahl der vermeintlichen „Concurrenten“ — wie sie Jurasz nennt — zu verringern. Und überall dürften, wie dies leider bisher fast stets die Regel gewesen ist, bei der Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie die Laryngologen zu kurz kommen! — Warum dies so sein soll, ist nicht leicht zu sehen: in ihrer fünfzigjährigen Thätigkeit hat die Laryngologie wahrlich Tüchtiges genug geleistet, dass sie bei einer etwaigen Verschmelzung mit der Otologie — von deren Räthlichkeit ganz abgesehen — Berücksichtigung verdiente! Und es darf sicherlich gefordert werden, dass derjenige, der zum Lehrer der Laryngologie an einer deutschen Hochschule berufen wird, Beweise seines laryngologischen Könnens abgelegt, d. h. sich in diesem Fache literarisch und wissenschaftlich in hervorragender Weise bethätigt habe! — Die Laryngologie darf nicht zu einem Anhängsel der Otologie herabsinken!

Es ist jetzt mehr als je nothwendig, den Vergewaltigungsversuchen, die in dieser Richtung angestellt werden, energisch entgegenzutreten. Jurasz hatte Recht, als er uns in Wien zurief: „Videant Consules, ne quid detrimenti capiat res publica laryngologica!“ Der Umstand, dass das Organisationscomité des Budapester internationalen Congresses uns aus freien Stücken seiner Bundesgenossenschaft versichert, möge als ein gutes Omen in unserem Kampfe gelten!

Felix Semon.

II. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, obere Luftwege.

1) **Dundas Grant. Practische Probleme in Otologie und Rhinologie. (Practical problems in Otology and Rhinology.)** *The Laryngoscope. Januar 1907.*

Verf. behandelt unter anderem die intranasale Therapie des Asthma, ferner den Zusammenhang zwischen Nasenverstopfung und katarrhalischen Affectionen des Mittelohrs.

EMIL MAYER.

2) **Gluck. Die Chirurgie im Dienste der Laryngologie.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Heft 2. 1908.*

Vortrag, gehalten auf dem I. internationalen rhino-laryngologischen Congress zu Wien, April 1908.

OPPIKOFER.

3) **Morestin** (Paris). **Chirurgische Behandlung des Gesichtsepithelioms. (Cure chirurgicale de l'épithéliome de la face.)** *Société de Dermatologie. 2. Mai 1907.*

Vorstellung mehrerer wegen Epitheliom der Nase, des Kinns etc. operirter Fälle. Verf. ist der Ansicht, dass in sehr vielen dieser Fälle die einfache „Decortication" genügt.

GONTIER de la ROCHE.

4) **G. Trautmann** (München). **Ueber eine dentale, unter dem Bilde der Angina Ludovici auftretende und mit Retropharyngealabscess combinirte Halsphlegmone.** *Münch. med. Wochenschr. No. 12. 1908.*

Ausführliche Krankengeschichte des Falles selbst, epikritische Erörterungen.

HECHT.

5) **Partsch** (Breslau). **Zur Frage der Schwellung der Halslymphdrüsen.** *Med. Klinik. No. 16. 1908.*

In Bezug auf die Differentialdiagnose zwischen tuberculöser Infiltration der Lymphdrüsen und solcher nach Zahnaffectionen ist bemerkenswerth, dass im Anschluss an Zahnerkrankungen stets nur die submentalen, beziehungsweise die submaxillaren Drüsen erkranken, und dass dabei ein Uebergreifen auf anderweitige Drüsen nicht beobachtet wurde.

HANSZEL.

6) **Westergaard** und **V. Meisen** (Kopenhagen). **Ueber Nervenläsionen bei Drüsenexstirpation am Halse. (Om Nerveläsioner ved Glandelexstirpation paa Haalsen.)** *Hospitals-Tidende. S. 21. 26. Februar 1908.*

Der Titel giebt den Inhalt.

SCHMIEGELOW.

7) **G. Schwinn. Asthma thymicum nebst Bericht über einen Fall von Thymectomie und Resection der hypertrophirten Schilddrüse bei einem 23 Tage alten Kind. (Thymic asthma with report of a case of thymectomy and resection of a enlarged thyroid in a child 23 days old.)** *Journal American Medical Association. 20. Juni 1908.*

Sobald die Diagnose gestellt, wobei die Roentgenuntersuchung ein sehr

werthvolles Hülfsmittel ist, sollte die Operation gemacht werden. Man soll in jedem Fall die Tracheotomie vorbereiten, sie jedoch wegen Gefahr einer Mediastinitis nach Möglichkeit vermeiden. Die obere Brustapertur soll durch Spaltung des Sternum temporär erweitert werden, wenn während der Operation die Dyspnoe zunimmt; so kann in einer Anzahl von Fällen die Tracheotomie vermieden werden. Es muss in allgemeiner Narkose operirt werden.

EMIL MAYER.

8) **A. Stewart** (Queensland). **Die Behandlung des Asthma. (The treatment of athma.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Mai 1908.*

Verf. plaidirt vor allem für die Freiluftbehandlung, die er für wichtiger hält, als Klimawechsel. Ferner giebt er Liqu. arsenicalis. Sind Anzeichen für nasalen Ursprung des Asthmas, so cauterisirt er das Septum auf beiden Seiten; tritt keine Besserung ein, so gehört Verf. zu denen, die heute noch die Anwendung des Haarseils (!) empfehlen.

A. J. BRADY.

9) **E. Sanford Jackson** (Bristane Queensland). **Bemerkungen über Behandlung des Asthma. (Notes on the treatment of asthma.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Mai 1908.*

J. hat sehr gute Resultate gesehen, wenn man die Asthmakranken im Freien schlafen lässt; es genügt nicht, sie in einen Raum schlafen zu lassen, dessen Thüren und Fenster offen sind, besser ist es schon, sie unter einer Veranda zu betten. Oft ist hier keine weitere Behandlung erforderlich. In vielen Fällen ist intranasale Behandlung erforderlich; besonders wirkt hier die Graderichtung eines verbogenen Septums.

A. J. BRADY.

10) **H. Trautmann** und **W. Fromme** (Hamburg). **Beiträge zur Epidemiologie und Bakteriologie der epidemischen Genickstarre.** *Münch. med. Wochenschr. No. 15. 1908.*

Das Untersuchungsmaterial der Autoren rekrutirte sich fast ausschliesslich aus Rachenabstrichen der gesunden Umgebung an Genickstarre Erkrankter, behufs Feststellung etwaiger „Keimträger“. Bei 311 Einzelproben von 261 Personen gelang der Nachweis von Meningokokken bei 24 verschiedenen Menschen, entsprechend 49 positiven Rachenabstrichen, also bei 16 pCt. der eingelieferten Proben, bezw. 9,2 pCt. der in Frage kommenden Personen. Anschliessend Erörterungen über die Differenzen der Untersuchungsresultate mit denen anderer Autoren, sowie eingehende Besprechung der biologischen, morphologischen und „färberischen“ Eigenschaften der Meningokokken, die sich zu kurzem Referate nicht eignen.

HECHT.

11) **W. Sohier Bryant. Influenza der Nase, des Halses und Kehlkopfs. (Influenza of the nose, throat and larynx.)** *N. Y. Medical Record. 11. Januar 1908.*

Die Eingangspforte für die Infection stellt nach Ansicht des Verf. die Pharynxschleimhaut dar. Die Complicationen seitens der oberen Luftwege können durch prophylactische Behandlung der Nase vermieden werden.

LEFFERTS.

12) **E. Martinet. Schema der Influenzatherapie. (Schematic treatment of influenza.)** *N. Y. Medical Journal. 30. März 1908.*

M. theilt die Influenza in drei Stadien: Stadium der Invasion, der Defervescenz und der Convalescenz. In der ersten Periode handelt es sich darum, die Schmerzen, den Nasenrachenkatarrh zu bekämpfen und für Darmentleerung zu sorgen. Dann erfordert die Bronchitis Aufmerksamkeit und es soll eine vegetarische Diät verordnet werden. Verf. stellt für seinen schematischen Fall für jeden Tag das Regime auf.

LEFFERTS.

13) **C. S. Coakley. Einige Hals- und Nebenhöhlencomplicationen bei Grippe. (Some throat and sinus complications in grippe.)** *N. Y. Medical Record. 29. Februar 1908.*

Verf. hat am häufigsten beobachtet: Spastischen Reizhusten, Hypertrophie des lymphatischen Gewebes an der Rachenwand; Hyperämie und Schwellung der inneren Enden der aryepiglottischen Falten. Sehr wichtig für die Praxis ist die Unterscheidung zwischen wirklichen Neuralgien und einer sogenannten von Sinuserkrankungen begleiteten Neuralgie. Verf. bespricht die Behandlung, die nichts Neues bietet.

LEFFERTS.

14) **M. Neumann** (Budapest). **Ein Fall von Malleus.** *Budapest székesfőváros kőckórházainak évkönyve. 1906.*

40 Jahre alter Messerschleifer. Ursprung der Infection nicht nachweisbar. Exitus am neunten Tage. Blutig eitriger Ausfluss aus der Nase ohne nachweisbare Geschwüre.

v. NAVRATIL-POLYAK.

15) **E. v. Brezovsky** (Budapest). **Zwei Fälle von Malleus humidus.** (Aus der dermato-syphil. Station des St. Stefan-Spitals.) *Budapest székesfőváros közkórházainak évkönyve. 1906.*

Fall 1. 45 Jahre alter Hausierer, handelte mit Lumpen und thierischen Häuten. Bei der Obduction viel eitriges Secret in der Nase, Geschwüre am Septum, unteren Muschel und lateralen Nasenwand. Kieferhöhlen frei. In der Luftröhre einige Knötchen. In der Lunge zahlreiche Herde.

Fall 2. 51 Jahre alter Schinder inficirte sich bei der Section eines Pferdes am linken Unterarm. Die ersten Symptome meldeten sich schon nach 5 Tagen, Exitus nach 24 Tagen. Die Nase blieb stets frei, was die Obduction auch bestätigte.

v. NAVRATIL-POLYAK.

16) **D. R. Paterson** (Cardiff). **Die Entfernung von Fremdkörpern aus den Luft- und Speisewegen. (The removal of foreign bodies from the air and food passages.)** *British Medical Journal. I. p. 3. 1908.*

Mittheilung zweier Fälle. Im ersten wurde eine im linken Bronchus eingekeilte Nussschaale durch Bronchoskopie, im zweiten ein in der Speiseröhre sitzender Pflaumenstein durch Oesophagoskopie entfernt.

JAMES DONELAN.

17) **Gustav Killian. Die Behandlung der Fremdkörper in den Luftwegen und dem Oesophagus. (The treatment of foreign bodies in the respiratory tract and oesophagus.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Verf. giebt eine Uebersicht über seine Leistungen auf diesem Gebiet unter Anführung zahlreicher Details, deren Wiedergabe sich zum Referat nicht eignet.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

18) **O. Betz. Vier sagittale Schädeldurchschnitte in Bild und Wort als Erklärung zu den Gypsmodellen der Nasenhöhle und ihrer Nebenräume in natürlicher Grösse und in natürlichen Farben.** *Heilbronn, Determann.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

19) **Ernst Oppikofer** (Basel). **Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie der Nase und ihrer Nebenhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 28.*

Die umfangreiche Arbeit, die sich auf 200 Nasensectionen stützt, birgt eine solche Fülle wichtigsten Materials, dass eine erschöpfende Wiedergabe im Referat unmöglich ist. Selbst der Abdruck der Schlussfolgerungen, die 44 Nummern umfassen, würde den hier zur Verfügung stehenden Raum überschreiten. Wir beschränken uns darauf, folgende Sätze aus denselben hervorzuheben:

In der grossen Mehrzahl der Fälle liegt der Kieferhöhlenboden tiefer als der Nasenboden.

Die durchschnittliche Länge des Ostium maxillare beträgt 5,4 mm und die durchschnittliche Breite 2,7 mm. Ein Foramen accessorium der Kieferhöhle findet sich in jedem Falle und zwar häufiger einseitig als doppelseitig. In der Regel ist die Sondirung des Ostium maxillare nicht möglich.

Kieferhöhle und Siebbeinzellen fehlten in den 200 Fällen nie. Die Stirnhöhle fehlte bei 7 unter 190 Erwachsenen und die Keilbeinhöhle bei 5. — Die Scheidewand fehlte bei der Stirnhöhle in 2 Fällen und bei der Keilbeinhöhle in 14 Fällen vollständig.

Nebenhöhlenentzündungen finden sich in der Leiche häufig (94 mal unter 200 Fällen) und zwar bald Katarrh, bald Eiterung; eine scharfe Abgrenzung zwischen beiden Formen lässt sich nicht machen. Die in den Nebenhöhlen nachgewiesenen entzündlichen Erscheinungen sind meist geringgradig und stellen acute, terminale Leiden dar. Ob eine bei der Section aufgedeckte Nebenhöhleneiterung acuter oder chronischer Natur ist, lässt sich in der Regel nicht einwandfrei entscheiden; Anamnese und die rhinoskopische Untersuchung intra vitam müssen für die Beantwortung dieser Frage zu Hilfe gezogen werden. — Die Obductionsbefunde von Nebenhöhlenentzündungen dürfen nicht ohne weiteres mit klinischem Material verglichen werden. — Die Mehrzahl der acuten Nebenhöhlenentzündungen entsteht primär, unabhängig von einer Rhinitis.

Bei 16 unter 200 Individuen fand sich Mageninhalt in den Neben-

höhlen (am häufigsten in der Kieferhöhle); derselbe ist erst nach dem Tode in die Nebenhöhlen gelangt; das Sectionsmaterial berechtigt nicht, das „Erbrechen" unter die ätiologischen Momente der Nebenhöhleneiterungen einzureihen.

Es giebt vorgerückte und in jeder Beziehung einwandfreie Fälle von Ozaena mit vollständig gesunden Nebenhöhlen, ohne irgend welche Herdeiterung.

Platten- und Uebergangsepithel sind auf den Muscheln häufig auf grösseren und kleineren Strecken. — Bei Ozaena findet sich regelmässig Plattenepithel; doch ist das Vorkommen desselben nicht der Ozaena allein eigenthümlich, da sich in ausgedehntem Maasse Plattenepithel auch ohne Foetor und Borkenbildung bei gewöhnlichen chronischen Rhinitiden und sogar in makroskopisch scheinbar gesunden Nasenhöhlen vorfinden kann. Bei Ozaena ist die Menge des Plattenepithels nicht proportional dem Grade der Muschelhypoplasie oder umgekehrt.

Die Vertheilung der Drüsen ist normaler Weise auf der unteren Muschel eine unregelmässige. — Pigment im Bindegewebe der Muscheln findet sich bei normaler und pathologisch veränderter Schleimheit. — Die Wichtigkeit der sog. intraepithelialen Drüsen der Nasenschleimhaut ist überschätzt worden, da dieselben sich fast regelmässig auch in normaler Schleimhaut, allerdings oft nur in einzelnen Exemplaren, vorfinden! — In normaler und entzündeter Schleimhaut liegen nicht selten im Epithel Hohlräume von verschiedener Grösse und Form, entstanden durch Zugrundegehen mehrerer benachbarter Zellen (Degenerationsräume im Epithel).

F. KLEMPERER.

20) **W. Albrecht** (Berlin). **Die Bedeutung der Röntgenographie für die Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 175. 1907.*

Verf. kommt nach Versuchen am Lebenden und an der Leiche zu folgenden Ergebnissen:

Die Skiagraphie ist eine sehr werthvolle Methode für die Diagnose der nasalen Nebenhöhlen erster Ordnung. Für das vordere Siebbein ist sie absolut beweisend. Für die Stirnhöhle ist auf das Skiagramm allein keine sichere Diagnose zu stellen; doch ist es ein wichtiger diagnostischer Factor in den Fällen, in welchen auch andere Momente für ein Empyem der Stirnhöhle sprechen. Bei der Kieferhöhle ist die Methode practisch bedeutungsvoller für Tumoren als für Empyeme. Für Erkrankungen des Keilbeines und der hinteren Siebbeinzellen ist das Röntgenogramm nur ausnahmsweise verwerthbar.

Aus seinen Leichenversuchen — Einspritzen von Eiter in vorher gesund befundene und geröntgente Nebenhöhlen — zieht Verf. den Schluss, dass sowohl Veränderungen der Schleimhaut wie der Eiter die Verdunkelung der Nebenhöhlen hervorrufen können. In der Mehrzahl der Fälle wird diese Verdunkelung vorwiegend auf Kosten des Eiters zu setzen sein, in chronischen langwierigen Fällen mit reichlicher Granulationsbildung und Infiltration der Mucosa trägt die Schleimhautveränderung die grössere Schuld an der Schattenbildung auf dem Skiagramm.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

21) **Joseph C. Beck. Radiographie und Durchleuchtung bei der Diagnose der Nebenhöhlenkrankheiten. (Radiography and transillumination in diagnosis of sinus disease.)** *The Laryngoscope. November 1907.*

Verf. giebt einige Winke bezüglich der Technik der Röntgenaufnahmen. Er bedient sich eines Stroms von 110 Volt, 12 Ampères. Die Länge der Expositionszeit variirt nach der Dicke des Schädels und der Art der gebrauchten Röhre. Mit einer Röhre von mittlerer Härte exponirt er gewöhnlich 60—80 Secunden lang, bei sehr dicken Schädeln auch bis $2^1/_2$ Minuten lang. Zur Entwicklung der Platten gebraucht B. ungefähr 12 Minuten lang eine Orthollösung. Die Besichtigung der Platten geschieht am besten im verdunkelten Raum in einem Durchleuchtungskasten. Bei Aufnahmen im transversalen Durchmesser braucht die Expositionszeit nur von kürzerer Dauer zu sein: 40—60 Secunden.

EMIL MAYER.

22) **A. Iwanow. Ueber die Behandlung acuter und subacuter Sinusitiden. (O letshenii ostrich i podostrich wospalenii poiratoschnich polastei nosa.)** *Jeshemesjatschnik. No. 1. 1908.*

J. führt zunächst aus, dass rationelle Behandlung acuter Sinuitiden die chronische Erkrankung herabsetzt.

Ferner versuchte er die anatomische Grundlage und die Principien festzulegen, welche für eine erfolgreiche Behandlung in Betracht gezogen werden müssen. Dazu verwandte er Leichen, Krankenmaterial und schliesslich Experimente an sich selbst.

Er kommt zum Schluss, dass Flüssigkeiten durch Eingiessungen in die Nase unter gewissen Umständen in die Nebenhöhlen gelangen können; ferner constatirt er, dass auch eine aufsaugende Wirkung in den Nebenhöhlen ausgeführt werden kann. Auf diese Grundlagen gründet sich seine Behandlungsmethode. Er giesst zunächst Cocain-Adrenalin in die Nase, richtet dann einen Strahl Kohlensäure mit Mentholdämpfen gemischt durch einen Ohrenkatheter in die Richtung der Oeffnung der erkrankten Nebenhöhlen. Dadurch wird zum Theil active Hyperämie, zum Theil eine aufsaugende Wirkung erzielt. So behandelt er 26 Fälle, von denen 18 völlig geheilt wurden.

P. HELLAT.

23) **Polanski. Demonstration eines Mädchens mit einer beiderseitigen eitrigen Entzündung der seitlichen Nebenhöhlen der Nase.** *Pamietnik Tow. Lek. Bd. I. 1908.*

Verf. führte ein 19 jähriges Mädchen vor, das mit einer beiderseitigen, eitrigen Entzündung der seitlichen Nebenhöhlen der Nase behaftet war. Das einzige Zeichen dieses Leidens bestand, ausser Veränderungen in der Nase (Eiterungen, Geschwüre der Nasenschleimhaut etc.) in einer stetigen Gesichtsanschwellung der Stirn, der oberen Lider in grossem Maasse, in kleinerem der Gegend der Nasenbasis und der Wangen. Kopfschmerzen, Nasenverstopfung etc. empfand die Kranke nicht. Sonst war ihr Zustand zufriedenstellend. Der Urin enthielt kein Eiweiss. Eine zweite bemerkenswerthe Erscheinung bei diesem Falle bestand darin, dass die Kranke öfters an Gesichtserysipel litt. Dies war im Jahre

sogar öfters der Fall. Diesen Zusammenhang der Gesichtsrose mit den eitrigen Entzündungen der Nebenhöhlen der Nase haben schon viele Autoren beobachtet (Killian, Grünwald u. a.). A. v. SOKOLOWSKI.

24) **Onodi. Die Beziehungen der Nasennebenhöhlen zum Gehirn. (I rapporti fra le cavità accessorie del naso ed il cervello.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Juli 1906.*

Verf. bespricht die anatomischen Beziehungen der Stirn-, Siebbein- und Keilbeinhöhle zu den entsprechenden Theilen des Gehirns und die daraus für die Klinik resultirenden Consequenzen, so wie es in ausführlicher Weise von ihm zum Gegenstand anderweitiger Arbeiten gemacht ist. FINDER.

25) **Louis A. Coffin. Intracranielle Complicationen bei Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. (Intracranial complications of disease of the accessory sinuses of the nose.)** *N. Y. Medical Record. 9. November 1907.*

Nach Ansicht des Verf. geben am häufigsten Erkrankungen der Keilbeinhöhle zu Complicationen von Seiten des Gehirns Anlass; erstlich ist sie wegen ihrer anatomischen Lage dazu prädisponirt, ferner kommt in Betracht, dass die Keilbeinhöhle durchschnittlich sieben Jahre früher entwickelt ist, als die Stirnhöhle und schliesslich wird ihre Erkrankung häufiger als ein Stirnhöhlenempyem übersehen. Ob das Weiterschreiten des Processes auf dem directen Wege durch die Blutgefässe oder auf dem indirecten Blut- und Lymphwege vor sich gehe, ist von keiner practischen Bedeutung. Verf. erörtert verschiedene Fragen, z. B. warum es in einem Fall zu Cerebralcomplicationen kommt, in einem anderen nicht etc. und schliesst mit einer Betrachtung über die Prophylaxe und Therapie.

LEFFERTS.

26) **Fish. Eine Studie über Neuritis optica im Zusammenhang mit Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. (A study of optic neuritis in connexion with nasal accessory sinus disease.)** *British Medical Journal. Vol. II. 1218. 1907.*

In dem sehr wichtigen Aufsatz werden 36 Fälle von Neuritis optica mitgetheilt, von denen in 26 sich Sinuserkrankungen fanden. In einigen Fällen war secundäres Glaucom vorhanden. JAMES DONELAN.

27) **Frank G. Mason. Iritis infolge Nebenhöhlenkrankheiten. (Iritis due to diseases of the sinuses.)** *Jowa Medical Journal. 15. December 1907.*

Es werden zwei Fälle mitgetheilt, in denen eine Iritis prompt nach Entfernung eines Theils der mittleren Muschel verschwand. EMIL MAYER.

28) **R. Hoffmann** (Dresden). **Ueber Trigeminusneuralgie durch Nebenhöhleneiterung.** *Zeitschr. f. ärztliche Fortbildung. No. 13. 1908.*

Verf. bespricht in diesem, in den ärztlichen Fortbildungskursen gehaltenen und also für ein weiteres ärztliches Publicum berechneten Vortrag nach einer Beschreibung der anatomischen Beziehungen des I. und II. Trigeminusastes zu den Nebenhöhlen, die Supra- und Intraorbitalneuralgien nach Stirn- und Kieferhöhlen-

eiterungen. Besonders verweilt er bei den Unterscheidungsmerkmalen zwischen den echten und symptomatischen Neuralgien und bespricht kurz die Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen. FINDER.

29) L. W. Dean. **Beziehung von Nebenhöhlenerkrankungen zu Asthma. (Relation of nasal accessory sinus trouble to asthma.)** *Iowa Medical Journal. 15. December 1907.*

Verf. berichtet über drei Fälle, in denen Asthma durch die Behandlung der erkrankten Nebenhöhlen günstig beeinflusst wurde. EMIL MAYER.

30) Norval H. Pierce. **Kurze Notiz über die Indication für Radicaloperation der Nasennebenhöhlen. (A brief note on the indication for radical operation on the nasal accessory sinuses.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

Verf. spricht einer möglichsten Einschränkung der äusseren Operationen zu Gunsten der intranasalen Maassnahmen das Wort; er präcisirt genau die Ausnahmefälle, in denen die radicalen Methoden indicirt sind. EMIL MAYER.

31) Richard H. Johnston. **Käsige Sinusitis der Oberkieferhöhle. (Caseous maxillary sinusitis.)** *Medical Fortnightly. 25. April 1907.*

Die Diagnose kann nur gestellt werden, auf Grund der bei der Probepunction entleerten käsigen Massen; dies wirkt auch als Therapie. EMIL MAYER.

32) Melville Black. **Der Alveolarweg für die Operation der Oberkieferhöhle. (The alveolar route of operating upon the maxillary sinus.)** *The Laryngoscope. September 1907.*

Beschreibung der Methode, die nichts wesentlich Neues bietet.

EMIL MAYER.

33) F. R. Nager (Basel). **Die Anwendung der Localanästhesie mit Anämisirung bei der Radicaloperation der Kieferhöhleneiterung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 98.*

Die Lokalanästhesie mittelst Cocain und Adrenalin, deren Technik Verf. genau beschreibt, hat sich ihm bei der Radicaloperation der Kieferhöhleneiterung als „eine von gutem Erfolge begleitete und unschädliche bedeutende Vereinfachung für Patient und Operateur“ bewährt und er empfiehlt ihre Anwendung wärmstens. F. KLEMPERER.

34) Börger (Berlin). **Bisherige Erfahrungen mit einer Modification der Friedrich'schen Operation der chronischen Kieferhöhlenempyeme.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 524.*

B. berichtet über die von ihm auf der B. Fränkel'schen Klinik geübte Modification des Friedrich'schen Vorgehens: an Stelle des von Friedrich empfohlenen Weichtheilschnittes wendet er, wie bei der Küster'schen Operation, den langen ovalen Schleimhautschnitt an; ferner bedient er sich bei der Ablösung der Schleimhaut des unteren Nasenganges des Kretschmann'schen Verfahrens.

Unter ausführlicher Mittheilung von 5 Krankengeschichten bespricht er die Technik und die günstigen Resultate dieser Methode. F. KLEMPERER.

35) **Alfr. Denker** (Erlangen). **Bemerkungen zu dem Aufsatz des Herrn Stabsarzt Dr. Börger: „Bisherige Erfahrungen mit einer Modification der Friedrich'schen Operation der chronischen Kieferhöhlenempyeme“.**

36) **Börger. Erwiderung.**

37) **Denker. Schlusswort.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 174, 175, 176.*

Polemik um die Priorität der von Denker früher bereits beschriebenen Modification, die auf einer Combination der Luc-Boenninghaus'schen Operation mit den Vorschlägen von Friedrich und Kretschmann beruht.

F. KLEMPERER.

38) **Antonoff** (Kustendil). **Vergleichung der Operationsverfahren bei chronischen Empyemen der Oberkieferhöhle. (Etude comparative des méthodes opératoires des sinusites maxillaires chroniques.)** *Dissert. Fribourg 1906/7.*

Historisches aus dem 17. und 18. Jahrhundert über die Eröffnungen von den Alveolen aus (Cooper), der Fossa canina aus (Desault), der seitlichen Nasenantrumwand (Hunter), bis zu den Combinationen der beiden letzteren in der Neuzeit. 179 Fälle aus dem klinischen Material von Prof. Mermod. Von demselben wurden operirt 79 nach Desault und 100 Fälle nach Caldwell-Luc, d. h. zuerst breite Eröffnung nach Desault, dann Hunter nach theilweiser Resection der unteren Nasenmuschel, mit folgender gründlicher Cürettirung (Luc); schliesslich Verschluss der maxillaren Oeffnung und Tamponade von der Nase aus. Man sieht aus der Tabelle, wie erst mit dem combinirten Verfahren die Erfolge sicher geworden sind, wenn nicht übersehene höher gelegene Empyeme Reinfection erzeugten. JONQUIÈRE.

39) **G. Engelhardt** (Breslau). **Ueber von der Zahnanlage ausgehende Tumoren der Kieferhöhle.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 1.*

Verf. beschreibt einen Fall von embryoplastischem Odontom der Kieferhöhle, ferner einen Fall von Adamantinom des Unterkiefers und bespricht die Genese und Bedeutung der aus der Zahnanlage hervorgehenden Geschwülste.

F. KLEMPERER.

40) **Lacquel-Lavartine** und **Cauzard. Diffuses Fibrom der Markräume des Oberkiefers. (Fibrome diffus des espaces médullaires du maxillaire supérieur.)** *Société anatomique de Paris. 10. Januar 1908.*

Der Tumor war aus zwei verschiedenen Geweben zusammengesetzt, die sich mit einander mischten: Knochenbälkchen und Bindegewebsfasern. Der knöcherne Theil bestand aus einer Grundsubstanz, in der sich einige Osteoblasten fanden. Die intertrabeculären Markräume sind von jungem Bindegewebe erfüllt, die dem der Fibrome gleichen. Es handelte sich also um ein Osteofibrom. A. CARTAZ.

41) **Alglave** und **Roussin** (Paris). **Epitheliom der Kieferhöhle. (Epithélioma du sinus maxillaire.)** *Société anatomique. 10. April 1908.*

Das Epitheliom der Schleimhaut zeigte sich im Verlaufe einer alten Sinusitis; es war ein lappiger Pflasterepithelkrebs mit Tendenz zur Bildung von Hornkugeln.

GONTIER de la ROCHE.

42) **F. J. Rogers. Ein Fall von Sarkom der Oberkieferhöhle. (A case of sarcoma of the maxillary sinus.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

In diesem Fall sind fast alle bisher bekannten Mittel versucht worden: Methylenblau, combinirt mit Chinin und Belladonna; Röntgenstrahlen, Finsenlicht; Trypsininjectionen. Am meisten schienen dem Verf. Gebrauch der klaren unverdünnten Trypsininjection zu nützen, indem dadurch das Wachstum der Geschwulst aufgehalten und der Geruch beseitigt wurde.

LEFFERTS.

43) **Hugo Sternfeld** (München). **Spontane Ausstessung einer Zahnwurzel aus der Kieferhöhle durch die Nase 14 Jahre nach dem Auftreten eines acuten Kieferhöhlenempyems: nebst Bemerkungen über Fremdkörper in den Nebenhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 185.*

Die Ueberschrift enthält das Wesentlichste des ausführlich berichteten Falles.

F. KLEMPERER.

44) **Ernst Oppikofer** (Basel). **Ueber Steinbildung in der Kieferhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S 31. 1907.*

Beschreibung eines eigenen Falles und Aufzählung der bisher in der Litteratur niedergelegten Fälle, 5 an Zahl, davon der erste aus dem Jahre 1686.

Bei einer 60jährigen Frau fand sich bei der wegen fötiden Eiterung, die seit 20 Jahren bestand, vorgenommenen Eröffnung der rechten Kieferhöhle nach Caldwell-Luc ein haselnussgrosses unregelmässig rundliches Concrement von leicht höckriger Oberfläche, braunschwarzer Farbe, hart, 0,98 g schwer.

Die Kieferhöhlenschleimhaut, die ausgekratzt wurde, zeigte ausgedehnte krebsige Umwandlung. Nach dem Eingriffe sistirte die Eiterung und die Beschwerden verwanden. 3 Jahre nach der Operation fanden sich völlig normale Verhältnisse.

Die bisher beschriebenen Concremente der Kieferhöhle gleichen in ihrem Aussehen und ihrer chemischen Zusammensetzung den Rhinolithen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

45) **Raymond** und **Hautefonne** (Paris). **Fremdkörper der Oberkieferhöhle. (Corps étranger du sinus maxillaire.)** *Société anatomique. 8. November 1907.*

Es handelte sich um eine Messerklinge, die im Sinus sass und zu einer Fistel geführt hatte.

GONTIER de la ROCHE.

46) **Eschweiler** (Bonn). **Beiträge zur pathologischen Anatomie der Nebenhöhlenempyeme. 1. Zur pathologischen Histologie des chronischen Stirnhöhlenempyems.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 347.*

Bericht über die sorgfältige histologische Untersuchung bei 4 Fällen von chronischer Stirnhöhleneiterung; zum Referat nicht geeignet.

F. KLEMPERER.

47) **Onodi. Elektrische Durchleuchtung und Radiographie der Stirnhöhle. (Illuminazione elettrica per trasparenza e radiografia del seno frontale.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Juli 1908.*

Verf. hat an 1200 Schädeln seine Versuche gemacht. Nach der Radiographie zu urtheilen, fehlte in 5 pCt. der Fälle die Stirnhöhle beiderseits, nach der Durchleuchtung in 30 pCt. beiderseits, in 10 pCt. rechterseits und in 10 pCt. linkerseits.

Im Gegensatz zu einer weitverbreiteten Ansicht fand O. mittelst der Radiographie, dass die Stirnhöhlen bei den niederen Rassen bisweilen sehr stark entwickelt sind; die negativen Resultate bei der Durchleuchtung haben ihren Grund in der Dicke und starken Entwicklung der Knochen.

Verf. zeigt weiter, dass für die Frage nach dem Vorhandensein eines Empyems wie nach Ausdehnung oder Fehlen der Höhle die Durchleuchtung zuverlässigere Resultate giebt als die Radiographie. FINDER.

48) **Henrici** (Rostock). **Zur Technik der Stirnhöhlensondirung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 521.*

Verf. zeigt, dass sich mit einer halbkreisförmig gebogenen Sonde die Sondirung der Stirnhöhle im Allgemeinen recht gut ausführen lässt.

F. KLEMPERER.

49) **J. K. Hamilton** (Adelaide). **Empyem der rechten Stirnhöhle. (Empyema of right frontal sinus.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Mai 1908.*

Das Interesse des Falles, der nach Killian operirt wurde, besteht in der aussergewöhnlichen Form und Grösse der Stirnhöhle. Die Ausstülpung der Höhle nach lateralwärts war mit dem Hauptsinus durch einen engen Hals verbunden; dieser verlegte sich und so kam es zur Bildung einer Fistel unter der Augenbraue.

A. J. BRADY.

50) **E. Fletcher Ingals. Intranasale Drainage der Stirnhöhle. (Intranasal drainage of the frontal sinus.)** *The Laryngoscope. April 1907.*

Beschreibung seiner Methode, die darin besteht, über eine in die Stirnhöhle eingeführte Sonde seinen biegsamen Bohrer zu führen und damit den Ductus nasofrontalis so zu erweitern, dass ein Draincanal von ca. 6 mm-Durchmesser resultirt.

EMIL MAYER.

51) **Popoff. Vergleichende Besprechung der Operationsverfahren der chronischen Eiterungen im Sinus frontalis. (Etude comparative des méthodes opératoires des sinusites frontales chroniques.)** *Dissert. Lausanne 1907.*

Eine ziemlich vollständige Monographie dieses Gegenstandes über 55 Operationsfälle aus dem klinischen Krankenmaterial des Prof. Mermod. Historische und anatomische Erörterungen. Beschreibung aller Operationsmethoden in Deutschland, Frankreich, England etc. Mermod wählte das nach Ogston-Luc benannte Verfahren von der Stirne aus. Schnitt in der Augenbraue, breite Eröffnung des Sinus von vorn, Auskratzung, systematische Cürettirung der vorderen Siebbeinzellen, durch welche der Canalis frontonasalis durchführt und ergiebige Erweiterung des letzteren, Drainage. Verf. erklärt, dass diese Methode nicht so

gut vor Recidiven schütze, wie die radicalen combinirten Eröffnungen und Resection von Stirn, Nase und Orbita aus nach Kuhnt, Killian u. a. Jedoch mussten von den 55 Fällen nur 3 zum zweiten Mal operirt werden. Jedenfalls hat das Verfahren Ogston-Luc einen kosmetischen Vorzug.

JONQUIERE.

52) **L. Mader** (München). **Beiträge zur Killian'schen Radicaloperation der chronischen Stirnhöhleneiterungen, sowie Mittheilung einer neuen Behandlungsmethode des Kieferhöhlenempyems.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 56. 1907.*

Verf. empfiehlt nach seinen Erfahrungen, die sich über 3 Jahre erstrecken, die Killian'sche Methode als die brauchbarste und empfehlenswertheste der jetzigen Methoden der Stirnhöhlenoperation. Die Kopfschmerzen wurden in allen seinen 14 Fällen ganz und dauernd beseitigt oder wenigstens ganz bedeutend gebessert. Die Erfolge bezüglich der Secretionsverhältnisse waren weniger befriedigend. In den besten Fällen wurde die Secretion minimal und temporär versiegend. Bis es jedoch soweit kam, dauerte es Wochen und Monate und manchmal konnte auch nur eine Umwandlung des eitrigen Secrets in ein schleimiges oder schleimig-eitriges beobachtet werden unter gleichzeitiger wesentlicher Verminderung der Menge. Eine totale Verödung der Stirnhöhle war kein einziges Mal zu constatiren, wohl aber eine partielle.

Das kosmetische Resultat bezeichnet Verf. als den Glanzpunkt der Methode. Bei nicht zu hohen und nicht zu tiefen Stirnhöhlen blieben nur ganz flache kleine Mulden übrig, die wenig auffallen und garnicht entstellen; bei sehr hohen und tiefen Stirnhöhlen, besonders bei buchtenartigen Ausstülpungen kam es zu etwas stärkeren Einsenkungen.

Die Erscheinungen von Seiten des Nervensystems erfuhren immer günstige Beeinflussung, die Patienten wurden bis auf einen wieder arbeitsfähig. Schädigungen wichtiger Natur durch die Operation hat Verf. nicht erlebt. — Um die lange Dauer der Operation zu verkürzen, empfiehlt Verf. einige Tage vorher das vordere Ende der mittleren Muschel zu entfernen, da sich dieser an und für sich kleine Eingriff in Narcose und unter Blutungen sehr zeitraubend gestalten kann.

Verf. giebt dann noch eine neue Behandlungsmethode des Kieferhöhlenempyems an, die in einer Galvanocaustik der erkrankten Schleimhaut besteht, zur Verödung der Kieferhöhle. Die Behandlung wird von der Oeffnung in der Fossa canina aus mit Porzellanbrennern vorgenommen und erstreckt sich über mehrere Wochen. — Die Erfolge waren bisher ausgezeichnete, doch ist, wie Verf. selbst angiebt, das Material bisher noch zu gering, um ein definitives Urtheil fällen zu können.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

53) **S. Citelli** (Catania). **Ueber eine neue Behandlungsmethode der chronischen Stirnhöhleneiterungen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Heft 2. 1908.*

Verf. ist von den heutigen operativen Behandlungsmethoden der Stirnhöhleneiterung nicht befriedigt; so bringt beispielsweise auch das Killian'sche Verfahren nach C. nicht immer Heilung und schützt nicht vor Entstellung, sobald die Höhle gross ist.

Verf. hofft nun ein operatives Verfahren gefunden zu haben, das ohne Entstellung rasche Heilung der Stirnhöhleneiterung bringt. Er hat bei 3 Hunden in die vordere Stirnhöhlenwand eine Oeffnung angelegt, von hier aus die Schleimhaut ausgekratzt, die Höhle desinficirt und dann das Sinusinnere durch mit Jodoform gemischtes, weiches Paraffin (Schmelzpunkt 45—50°) ausgegossen. Bei den zwei ersten Hunden war zur Zeit der Operation die Schleimhaut normal, und bei dem dritten wurde vorher künstlich eine Eiterung erzeugt.

Die 3 Tierexperimente mit nachträglichem Sectionsbefund und mikroskopischer Untersuchung sind unserer Ansicht nach nicht so befriedigend und überzeugend, dass es gerechtfertigt erscheint, die Methode, wie C. es wünscht, nun ohne Weiteres „in ausgedehntem Maasse beim Menschen anzuwenden." Vielmehr fordert die Arbeit von C. vorerst zu weiteren zahlreichen Thierversuchen auf, bevor dieses in seinem Erfolg wenigstens jetzt noch sehr unsichere und vielleicht auch nicht vollständig ungefährliche Verfahren den andern jetzt üblichen Operationsmethoden vorgezogen wird.

OPPIKOFER.

54) **Albert Rosenberg** (Berlin). **Pneumocele des Sinus frontalis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 150. 1907.*

Verf. stellt kurz die bisher in der Literatur zusammengestellten 10 Fälle von Pneumatocele des Sinus frontalis zusammen und fügt selbst einen 11. hinzu, der bisher übersehen zu sein scheint. Er stammt aus der Klientel Igounets; der Bericht ist in L'Union méd. 1857, p. 502 erschienen. — Die Pneumocele trat im Verlauf eines starken Schnupfens auf, es war in der Mittellinie der Stirn nach einigen Tagen eine Oeffnung zu constatiren, die Aehnlichkeit hatte mit einer durch eine Pistolenkugel verursachten. Nach Bedeckung mit einem Kupferstück trat nach 6 Wochen Heilung ein.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

55) **Levinger** (München). **Pneumocele des Sinus frontalis (nach Killian'scher Operation des Kieferhöhlenempyems).** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 528. 1907.*

Annähernd 6 Monate nach der Stirnhöhlenoperation, die gut verlaufen war, wird folgender Befund aufgenommen: Beim Schneuzen bildet sich über der Stirnhöhlengegend selbst eine grössere Vorwölbung, in der Nachbarschaft zudem noch ein Knistern verursachendes Hautemphysem. In der Nase keine Schwellung, kein Eiter.

Freilegen der Stirnhöhle durch Hautschnitt in der alten Narbe bestätigte die Annahme, dass sich das Narbengewebe gelockert hätte, und zwar hatte diese Lockerung besonders im inneren Winkel der früheren Stirnhöhle stattgefunden. Die Gegend des Ductus nasofrontalis, die hintere Wand der Stirnhöhle und der Hautlappen werden mit scharfem Löffel abgekratzt, der innere Winkel gegen die Nase zu tamponirt, die übrige Wunde vernäht. Darauf trat Heilung ein.

Verf. wirft die Frage auf, ob die von Killian angegebene Schleimhautlappenbildung nicht durch Einschränkung der Granulationsbildung in der Gegend des Stirnhöhlenausführungsganges schuld an der Complication war.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

56) **John A. Thompson. Eiterung in den Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle mit Lähmung des Oculomotorius. (Suppuration in the ethmoid and sphenoid sinuses with paralysis of the third nerve.)** *The Laryngoscope. September 1907.*

Verf. berichtet über zwei Fälle.

EMIL MAYER.

57) **Goldmann** (Komotau). **Ein Fall von Siebbeineiterung infolge von Tamponade nach Bellocque.** *Prager med. Wochenschr. No. 50. 1907.*

Auf eine wiederholte Tamponade der Nase nach Bellocque trat bei einer Patientin eine Eiterung des Siebbeinlabyrinthes auf und zieht der Autor aus diesem Falle den Schluss, zum Zwecke dieser Tamponade nur hochprocentige Jodoform- oder Isoformgaze zu verwenden oder solche mit Eisenchlorid getränkt. Hinweis auf die Zweckmässigkeit des Lenhoff'schen Zugstreifentampons (Arch. f. Laryngol. Bd. XVIII, H. 1).

CHIARI.

58) **Wilfrid Glegg** und **P. J. Hay** (Birmingham). **Ueber einen Fall von Empyem der hinteren Siebbeinzellen mit Paralyse der Associationsbewegungen und bitemporaler Gesichtsfeldeinengung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 525.*

Die Verf. nehmen eine Affection des Chiasma an; die Betheiligung der sich kreuzenden Nervenfasern erklärt die bitemporale Gesichtsfeldeinengung, die der Gudden'schen Commissur die Associationsstörungen.

F. KLEMPERER.

59) **Harry Kuhn** und **Mortimer Frank. Ein Fall von geschlossener Sinusitis des Siebbeinlabyrinths mit Exophthalmus. (A case of closed sinusitis of the ethmoid labyrinth with exophthalmos.)** *The Laryngoscope. September 1907.*

Ein Fall von wirklichem geschlossenen oder „latenten" Empyem des Siebbeinlabyrinths mit Perforation der Lamina papyracea. Das Auge kehrte kurze Zeit nach der Operation in seine normale Lage zurück.

EMIL MAYER.

60) **Stoeckel** (Berlin). **Die breite, endonasale Eröffnung der Keilbeinhöhle mit der Fraise.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 496.*

Beschreibung des Eingriffs und Abbildung der Instrumente.

F. KLEMPERER.

61) **S. Citelli. Retrobulbäre Neuritis optica infolge Keilbeinempyems. (Nevrite ottica retro-bulbare per sinusite sfenoidale.)** *Bollet. della malattie dell' orecchio etc. Februar 1908.*

Die Keilbeinhöhle, deren Oeffnung infolge der Weite der Nasenhöhle frei lag, war mit Granulationen, Sequestern und Eiter gefüllt; nach Auskratzung der Granulationen und Einblasung von Borsäure liess die Secretion nach. Zwei Jahre nach dem Beginn der Nasensymptome hatte Pat. allmählich auf der betreffenden Seite völlig das Sehvermögen verloren, ohne dass am Bulbus irgendwelche Veränderungen zu constatiren waren, was Verf. auf eine durch das Keilbeinempyem bedingte retrobulbäre Neuritis des Opticus zurückführt.

FINDER.

c. Mundrachenhöhle.

62) **A. Thouvenot. Der Schanker des Zahnfleisches. (Le chancre des gencives.)** *Thèse de Paris. 1907.*

Der Schanker localisirt sich nur selten auf dem Zahnfleisch; am häufigsten geschieht die Uebertragung auf diese Stelle durch Gegenstände, die zur Zahnpflege benutzt werden. Die Charactere des Zahnfleischschankers gleichen denen des Genitalschankers; da Reaction und Schmerz nicht sehr stark sind, so bleibt er oft unbemerkt.

Die Diagnose ist vor dem Auftreten der Secundärerscheinungen sehr schwer; Verf. bespricht die differentielldiagnostischen Merkmale gegenüber ähnlichen Erscheinungen an dieser Stelle z. B. der Gingivitis ulcero-membranacea, malignen Affectionen etc.

A. CARTAZ.

63) **R. Latté** und **Barret. Actinomycose des Zahnfleisches und der Mundhöhle. (Actinomycose gingivo-buccale.)** *Soc. de méd. de Paris. 27. Februar 1908.*

Vorstellung einer Patientin mit Actinomycose des Zahnfleisches und der Mundhöhle, bei der eine Behandlung mit hohen Jodkalidosen eingeleitet wurde. Es trat eine rapide Besserung ein, jedoch musste wegen Intoleranz gegen das Jod die Behandlung ausgesetzt werden; es wurde dann durch Radiotherapie in zwei Sitzungen völlige Heilung erzielt.

A. CARTAZ.

64) **Danlos** (Paris). **Mal perforant der Mundhöhle bei Tabes. (Mal perforant buccal tabétique.)** *Société médicale des hôpitaux. 29. Mai 1908.*

Unter dieser Bezeichnung stellt Verf. einen Knaben vor, der an tertiärer Syphilis und Tabes litt und bei dem die antisyphilitische Behandlung nicht das Ausfallen der Zähne und die völlige Resorption des Kiefers aufhalten konnte.

GONTIER de la ROCHE.

65) **Santaló** (Algeciras). **Doppelter Lippenschanker. (Chancro labial doble.)** *Boletin de laringologia. No. 40.*

Bemerkenswerth ist ausschliesslich das doppelte Vorhandensein der Affection.

TAPIA.

66) **Lachapelle** (Paris). **Heredo-syphilitische Gummata der Lippen und des Gaumensegels. (Gommes hérédo-syphilitiques des lèvres et du voile du palais.)** *Thèse de Paris. 1907.*

Nichts von Bedeutung.

GONTIER de la ROCHE.

67) **Hellesen** (Christiania). **Bakteriologische Untersuchungen eines Falles von Noma.** *Jahrb. f. Kinderheilkde. Bd. 67. 1908.*

Im vorliegenden Falle wird ein Diplococcus mit Sicherheit als Krankheitserreger angesprochen.

SEIFERT.

68) **J. Barabás** (Fehértemplom, Ungarn). **Beitrag zur Aetiologie der Ludwig'schen Angina.** *Orvosi Lapja. No. 22. 1908.*

Eine vor 5 Wochen verschluckte Fischgräte war die Ursache der Krankheit.

v. NAVRATIL-POLYAK.



69) **P. Eisen. Zur Kenntniss der Natur der Stomatitis und Angina ulcero-membrancea (Plaut, Vincent).** *Dissert. Heidelberg 1905.*

An der Hand der Literatur und eines selbst beobachteten Falles wird das Krankheitsbild der Plaut-Vincent'schen Angina ausführlich beschrieben. Die durch den Autor beobachtete Angina hatte zu linksseitiger Pneumonie, Nephritis und leichter Entzündung im linken Grosszehengrundgelenk geführt. Das Sputum und die Membranen aus den Bronchien enthielten den Bacillus fusiformis; Fränkel'sche Pneumokokken fehlten.

OPPIKOFER.

70) **Wretowski. Ein Fall von Angina ulcerosa Vincentii. (Przypadek wrzodnego zapalenia gardzieli, wywolenego przez laseczniki wrzecionowate.)** *Gazeta Lekarska. No. 20. 1908.*

Bei einer 30jährigen Frau, die seit einer Woche fieberte und dann über Halsschmerzen, am meisten beim Schlucken, wie auch über unangenehmen Geruch aus dem Munde klagte, bemerkte Verf. am weichen Gaumen, an den Tonsillen und an der Uvula sehr viele Geschwüre, mit grauweissem Belag bedeckt. Viele Zähne waren cariös verändert. Die mikroskopische Untersuchung des Belages zeigte neben verschiedenen Arten von Diplokokken auch in grosser Menge Bacilli fusiformes Vincenti. Als Therapie wurden Antipyretica und Chinosolgurgeln angewandt. Nach einer Woche konnte die Patientin das Krankenhaus verlassen.

A. v. SOKOLOWSKI.

71) **Walter H. Buhlig. Ein Fall von Vincent'scher Angina ohne Spirochäten. (A case of Vincents angina without spirochetes.)** *Journal American Medical Association. 30. Mai 1908.*

Verf. erklärt den Fall für eine Angina Vincenti, trotzdem keine Spirochäten gefunden wurden, weil in den Culturen sich weder Diphtheriebacillen noch andere Mikroorganismen fanden, in den Ausstrichpräparaten dagegen sehr reichlich fusiforme Bacillen gefunden wurden.

EMIL MAYER.

72) **Collet** und **Horaud. Ueber die Anwesenheit von Pseudo-Treponema pallida bei Angina Vincenti neben fusiformen Bacillen und klassischen Spirochäten. (De la présence de pseudo-tréponèmes pâles dans une angine de Vincent à côté des fuso-spirilles et des spirochètes classiques.)** *Gaz. hebd. de sciences médicales. No. 27. 1907.*

Bei der Angina ulcero-membranacea, fälschlich auch als Vincent'sche Angina bezeichnet, haben die Autoren ausser fusiformen Bacillen und zahlreichen Spirillen auch die Pseudo-Treponoma pallida gefunden.

BRINDEL.

73) **Truman W. Brophy. Anatomie des normalen und gespaltenen Gaumens. (Anatomy of palate, normale and cleft.)** *Journal of the American Medical Association. 24. August 1907.*

Verf. räth, die Gaumenspalte vor der Lippenspalte zu operiren, und zwar 3 Monate nach der Geburt, die Operation der Lippen soll 3 Monate später erfolgen, nachdem die Gaumenknochen völlig vereinigt sind. Zuletzt soll die Vereinigung des weichen Gaumens erfolgen, wenn das Kind 14—16 Monate alt ist.

EMIL MAYER



74) **J. N. Roy. Primäre Melanose des Gaumens: Mundrachenfistel frischen sarkomatösen Ursprungs. (Primary melanosis of the palate. Naso-buccal fistula of recent sarcomatous origin.)** *The Laryngoscope. November 1907.*

Diese primäre Melanose war von benignem Charakter; später bildete sich an dieser Stelle eine mit Pigment gefüllte Geschwulst, die malign wurde. Zu bemerken ist, dass die primäre Melanose sich nur am Gaumen fand, ohne dass gleichzeitig derartige Erscheinungen an der Haut vorhanden waren, dass fernerhin die Entwickelung sehr langsam, über einen Zeitraum von 20 Jahren vor sich gegangen und erst zuletzt ein rapides Wachsthum eingetreten war. EMIL MAYER.

75) **L. Lange. Die Hasenscharten an der Göttinger chirurgischen Klinik vom October 1895 bis April 1906.** *Dissert. Göttingen 1905.*

Unter den 103 operirten Hasenscharten waren 68,9 pCt. männlichen und 31,1 pCt. weiblichen Geschlechts. In 76 Fällen war die Spaltbildung einseitig (55 mal links und 21 mal rechts) und in 27 Fällen doppelseitig. Bezüglich der Heredität giebt L. an, dass bei 19,3 pCt. noch andere Hasenscharten in den einzelnen Familien nachgewiesen werden konnten.

Die Sterblichkeit der Hasenschartenkinder, seien sie operirt oder nicht, ist grösser als die normale Kindersterblichkeit. Der Grund für die grössere Sterblichkeit (nach Verf. 26,8 pCt.) liegt in der von Geburt an oft mangelhaften Entwickelung und in der Erkrankung des Respirations- und Digestionsapparates, zu welcher die Missbildung disponirt; zum Theil ist die grössere Sterblichkeit auch dem Umstande zuzuschreiben, dass diese missbildeten Wesen von ihren eigenen Müttern mangelhaft verpflegt werden. OPPIKOFER.

76) **J. Koopmann. Die Hasenscharten an der Kieler Klinik vom April 1899 bis Juli 1907.** *Dissert. Kiel 1907.*

An der Königl. chirurgischen Klinik zu Kiel wurden im Verlaufe von ungefähr 8 Jahren 57 Hasenscharten beobachtet, wovon 38 einseitig und 19 doppelseitig waren. Von den einseitigen Spalten waren 27 links und 10 rechts gelegen. 28 Fälle, also ungefähr die Hälfte, waren neben ihrer Hasenscharte noch mit Gaumenspalte behaftet. Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden.

OPPIKOFER.

77) **G. Hudson Makuen. Operationen bei Gaumenspalten und ihr Resultat. (Operations for cleft palate and their results.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Juli 1907.*

Verf. fasst seine Grundsätze folgendermaassen zusammen:

1. Eine Operation zum Schluss der Gaumenspalte soll nur unternommen werden, wenn eine gewisse Wahrscheinlichkeit für den Erfolg vorhanden ist.

2. Sie soll nur von solchen gemacht werden, die eine specielle Erfahrung in der Chirurgie der Rachenhöhle besitzen.

3. Die Operation soll so frühzeitig wie möglich ausgeführt werden.

4. In schwierigen Fällen bei jungen Leuten ist die Operation nach vorausgegangener Tracheotomie, wie sie Mc Kernon beschrieben hat, vorzuziehen.

5. Zwei Gründe sind für die Vornahme der Operation maassgebend: Die Besserung des Allgemeinbefindens und die Hebung der Sprachfähigkeit; ersteres wird durch die verbesserten hygienischen Bedingungen des Nasenrachens sowie durch die Hebung des moralischen Selbstgefühls erreicht. EMIL MAYER.

78) **John B. Roberts. Moderne Methoden zur Wiederherstellung des gespaltenen Gaumens. (Modern methods in the repair of cleft palate.)** *The Laryngoscope. Juli 1907.*

Obturatoren und künstliche Prothesen sollen verworfen werden. Nach einer Besprechung der Pathogenese der Gaumenspalte stellt Verf. seine Grundsätze bezüglich der Operation auf. Er macht darauf aufmerksam, dass die Wahrscheinlichkeit eines Erfolges bei der Naht des weichen Gaumens erheblich gesteigert wird, wenn man vorher den Spalt im harten Gaumen zum Verschluss bringt. Er rechnet es als einen grossen Fehler, wenn man mit der Operation wartet, bis das Kind mehrere Jahre alt geworden ist; denn wenn man die Oberkieferknochen erst in ihrer abnormen Position hat verknöchern lassen, dann liegen die Verhältnisse viel schwieriger. Die Hasenscharte soll im Allgemeinen nicht in Angriff genommen werden, bevor der Gaumen wieder hergestellt ist. EMIL MAYER.

79) **Joseph H. Abraham. Ein Fall von Hasenscharte. (A case of cleft palate.)** *The Laryngoscope. December 1907.*

In dem Fall, bei dem die Spalte sich vom harten Gaumen nach hinten durch die Mitte des weichen Gaumens und die Uvula erstreckte, bestand eine starke Hyperplasie der hinteren Muschelenden, die die Choanen völlig verlegten und sich in der Mittellinie berührten, ferner adenoide Vegetationen. A. will erst die hinteren Enden und die Adenoiden entfernen und dann versuchen, die Spalte zu schliessen.

EMIL MAYER.

80) **J. A. Mc. Graw. Ungelöste Fragen in der Therapie der Hasenscharte und Gaumenspalte. (Unsettled questions in the treatment of hare-lip and cleft palate.)** *Detroit Medical Journal. Januar 1908.*

McGraw hält es für höchst bedauerlich, dass die Ansicht, man müsse mit dem operativen Verschluss der Gaumenspalte warten, bis das Kind einige Jahre alt sei, bei den Aerzten so fest steht. Er erachtet es für erstrebenswerth, die Kinder möglichst frühzeitig zu operiren und zwar scheint ihm die Operation nach Brophy die empfehlenswertheste. Ein sehr wichtiges Moment ist für die Nachbehandlung, bei nervös veranlagten Kindern jede Nervenerregung zu vermeiden.

EMIL MAYER.

81) **George V. D. Brown. Sprachresultate bei Gaumenspaltenoperation. (Speech results of cleft palate operations.)** *Journal American Medical Association. Februar 1908.*

Nach Ansicht des Verf. ist fast kein Fall für die Operation ungeeignet, ohne Rücksicht auf das Alter: einer seiner am hoffnungslosesten aussehenden Fälle, der mit gutem Resultat operiert wurde, war 50 Jahre alt. Es sollen keine unnöthigen forcirten Methoden in frühem Kindesalter angewandt werden. EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

82) **Hibbert W. Hill. Fehlerquellen bei der Laboratorium-Diagnose der Diphtherie. (Sources of error in the laborotory diagnosis of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 2. November 1907.*

Das Auffinden von Diphtheriebacillen in Culturen beweist an sich nichts anderes als ihr Vorhandensein in der Cultur. Ist die Gewähr vorhanden, dass die Entnahme sachgemäss vor sich gegangen ist, so beweist der Befund von Bacillen ihr Vorkommen im Hals, aus dem die Entnahme gemacht wurde, nichts mehr. Sind ferner mit dem Vorkommen der Diphtheriebacillen im Hals charakteristische klinische Symptome verbunden, so ist die Wahrscheinlichkeit von 98—99 pCt. vorhanden, dass wirklich Diphtherie vorliegt. Fehlen die klinischen Symptome, und sind Diphtheriebacillen im Halse gefunden worden, so kann man, wenn die Anamnese nicht für eine Infectionswahrscheinlichkeit spricht, annehmen, dass die Bacillen nicht virulent sind; sind aber anamnestische Angaben für eine Uebertragung vorhanden, so ist wahrscheinlich, dass die Bacillen virulent sind. Fällt die Untersuchung auf Diphtheriebacillen negativ aus, so spricht 90 pCt. Wahrscheinlichkeit dafür, dass keine im Rachen vorhanden sind; bei zweimaligem negativen Ausfall der Untersuchung ist die Wahrscheinlichkeit 99 pCt., bei mehrmaligem negativen Ergebniss ist absolute Sicherheit, dass keine Diphtherie vorliegt.

LEFFERTS.

83) **Herbert J. Gillette. Diphtherie-Antitoxin bei Bronchialasthma. (Diphtheria antitoxin in bronchial asthma.)** *Journal of the American Medical Association. 4. Januar 1908.*

Verf. hat in zwei Fällen, von denen der eine er selbst war, nach Injectionen von Diphtherieserum das Bronchialasthma aufhören sehen. Auf diese Erfahrungen hin machte er einem 52jährigen an Asthma leidenden Mann eine Injection von 2000 I.-E., 5 Minuten später war der Mann todt. Die Section ergab ein negatives Resultat. Verf. giebt an, dass er weiterhin noch zwei Todesfälle nach Anwendung von Serum aus derselben Indication gesehen habe.

EMIL MAYER.

84) **G. N. W. Thomas** (Cardiff). **Ein Fall von Masern und Kehlkopfdiphtherie. (A case of measles and laryngeal diptheria.)** *Lancet. p. 1482. London 1908.*

In dem mitgetheilten Fall trat die Larynxdiphtherie als Complication im Verlauf der Reconvalescenz nach Masern auf; es musste die Tracheotomie gemacht werden.

JAMES DONELAN.

85) **Armbrüster** (Gernsheim). **Croup und Diphtherie.** *Der pract. Arzt. 6. 1908.*

Der Autor stimmt mit dem Referenten darin überein, dass die Bezeichnung Croup durch die richtigere: Kehlkopfdiphtherie ersetzt werden solle und hebt hervor, dass gerade hier das Diphtherieserum seine besonders günstige Wirkung entfalte.

SEIFERT.

86) **J. V. Shoemaker. Klinische Vorlesung über diphtherische Lähmung. (Clinical lecture on diphtheric paralysis.)** *St. Louis Medical Review. Juni 1908.*

Verf. empfiehlt ausser roborirender Diät Strychnin, ferner Suppositorien von Ext. Hyoscyami zu gleichen Theilen mit Camphor. monobromat. vor dem Zubettgehen gegen die Schlaflosigkeit.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

87) **R. Wendeborn. Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Larynxstenosen.** *Dissert. Kiel 1906.*

Vorerst bespricht Verf. die verschiedenen Methoden, die eine Beseitigung von Stenosen und Defekten des Larynx auf operativem Wege bezwecken und empfiehlt dann an der Hand einer eigenen Beobachtung die von von Mangoldt angegebene Plastik.

OPPIKOFER.

88) **K. M. Menzel** (Wien). **Chronisch-ödematöse Veränderungen der Kehlkopfschleimhaut als Folge von Compression durch Struma.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 53.*

Verf. illustrirt an einer Reihe eigener und fremder Beobachtungen, dass durch die in Folge des Strumadruckes in den Kehlkopfgefässen hervorgerufene Stauung sämmtliche Partien der Kehlkopfschleimhaut in ödematösen Zustand versetzt werden können, wodurch sie unter gewissen Umständen ein nicht unbeträchtliches mechanisches Athmungshinderniss bilden. Nach Strumectomie schwinden im Allgemeinen die Erscheinungen, jedoch bleiben, wenn die Compression lange eingewirkt und demnach das Oedem lange bestanden hat, auch nach der Strumectomie gewisse Veränderungen zurück, die histologisch in Verdickung, bezw. Verhornung des Epithels und Vermehrung des Stromas begründet zu sein scheinen.

F. KLEMPERER.

89) **Berard, Sargnon** und **Alamartine** (Lyon). **Subglottische Stenose. (Sténose sous-glottique.)** *Lyon médical. 27. August 1907.*

Es handelte sich um eine Perichondritis cricoidea mit syphilitischer Tracheitis; Versuche der Intubation waren wegen der Länge der Stenose erfolglos und man war gerade während eines solchen zur eiligen Tracheotomie gegangen. Da Pat. wegen des Weiterbestehens der Stenose nicht decanulirt werden konnte, so wurde, nachdem mittels der subglottischen Tracheoskopie genau der Sitz der Stenose bestimmt war, die allmälige retrograde Dilatation, daneben gleichzeitig eine specifische Behandlung eingeleitet. Pat. wurde geheilt.

GONTIER de la ROCHE.

90) **G. Strazza** (Genua). **Ueber einen Fall von schwerer Kehlkopfstenose infolge diffuser subglottischer amyloider Degeneration. (Sopra un caso di grave stenosi laringea determinata da diffusa degenerazione amiloidea dello spazio sottocordale.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. November 1907.*

Es handelte sich um einen 52 jährigen Mann, der mit schwerer Dyspnoe in

das Hospital eingeliefert wurde. Unterhalb der Stimmbänder sah man eine intensive Infiltration, die diffus die ganze Röhrenwandung einnahm und das Lumen bis auf einen kleinen Schlitz verschloss. Da wegen mangelnder dringender Indication die Tracheotomie bis zum nächsten Morgen aufgeschoben wurde (? ! Ref.), so starb Patient in der Nacht.

Bei der Section zeigte sich, dass die Stenose aus einer Schwellung der Schleimhaut bestand, die aus compactem, homogenem, citronengelbem, hartem Gewebe zusammengesetzt war. Eine kleinere Insel von derselben Beschaffenheit zeigte sich auf der Schleimhaut in Höhe des 5.—6. Trachealrings. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigten sich Veränderungen besonders in den tiefen, dem Knorpel angrenzenden Theilen der Schleimhaut. Man sah hier zwischen den Bindegewebsbündeln amorphe Massen. Alle Reactionen zeigten, dass es sich um amyloide Substanz handelte. Mikroorganismen fehlten. Die anatomische Diagnose lautete also: Perichondritis hyperplastica chronica diffusa der Ringknorpelgegend mit secundärer amyloider Degeneration und derselbe Process an einigen Trachealringen. Verf. verlegt auf Grund seiner Untersuchungen den Beginn des amyloiden Degenerationsvorganges in die Gefässwände.

FINDER.

91) **E. v. Navratil** (Budapest). **Beiträge zur operativen Behandlung der Larynxstenosen.** *Orvosi Hetilap. No. 14. 1908.*

Bei den acuten ist die Tracheotomie souverain, bei den chronischen verfährt N. je nach der Ursache. Spricht über tuberculöse, luetische Larynxstenosen. Bei Sklerom erzielte er mit der Intubation schöne Erfolge. Verbreitet sich am ausführlichsten über die Stenosen nach Intubation und Traumen und giebt (mit Illustrationen) die ausführliche Krankengeschichte eines Selbstmörders, bei dem er einen thalergrossen Hauttrachealdefect mit zwei umgestülpten Hautlappen (von den Seitentheilen des Halses) mit vollständigem Erfolge verschloss.

POLYAK.

92) **L. Harmer. Ueber eine Modification der Schornsteinkanüle zur Behandlung narbiger Kehlkopfstenosen.** (Aus der k. k. Universitätsklinik f. Kehlkopf- und Nasenkrankheiten des Hofrath Chiari in Wien.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Hinweis auf die bedeutenden Schwierigkeiten der Narbenstenosenbehandlung im Kehlkopf, vor allem was Zeit und Endresultat anbelangt. Relativ am meisten zu empfehlen ist das Einlegen von Dauercanülen. Sowohl die T-Canüle als auch die Schornsteincanüle sind nicht frei von Nachtheilen, nach eigener Erfahrung letztere jedoch vorzuziehen, weil sie vor Allem leichter einzulegen ist, vorausgesetzt, dass sie für den jeweiligen Fall genau passend gebaut ist. Um die so häufig auftretende Spornbildung zu verhindern, hat H. den trachealen Theil der Schornsteincanüle einfach weggelassen, sodass die Patienten nur durch die laryngeale Canüle, die entsprechend durchlocht ist, athmen und somit Druck und Stauung entfallen. Mittheilung zweier auf diese Art behandelter Fälle, in welchen eine Spornbildung verhütet werden konnte.

HANSZEL.

93) **Koschier. Zur Behandlung der postdiphtherischen Stenosen des Larynx und der Trachea.** (Aus der laryngol. Abtheil. der allgem. Poliklinik in Wien, Vorstand: Doc. Koschier.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Nach einigen Bemerkungen über die Art des Zustandekommens diphtheritischer Geschwüre, Infiltrate und Narben in Kehlkopf und Luftröhre beschreibt K. eine von ihm angegebene Modification der Schornsteincanüle, bei der der pharyngeale und tracheale Theil in einer Linie sich befinden, also kein nach rückwärts offener Winkel die Bildung eines Spornes begünstigt (Firma Reiner, Wien). Mittheilung eines Falles von vollständiger narbiger Verwachsung des Kehlkopfes mit fast völliger Zerstörung des Knorpelgerüstes, in welchem Falle nach Herstellung eines Lumens die eben beschriebene Canüle eingelegt wurde, die natürlich entsprechend dem zunehmenden Alter dimensionirt dauernd getragen werden muss. Als die vom chirurgischen Standpunkt aus ideale Methode der Behandlung completter Occlusion des Larynx ist die circuläre Resection mit folgender Naht beider Stümpfe anzusehen und wird ein solcher durch 5 Jahre geheilt gebliebener Fall mit einigen interessanten Details ausführlich beschrieben. HANSZEL.

94) **Kan** (Leiden). **Ueber einen Fall von congenitalen Larynxluftsäcken bei einem Kinde von 16 Tagen.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 51. 1908.*

Die Anomalie wurde erst auf dem Sectionstische nachgewiesen. Die Athemnoth fiel gleich nach der Geburt auf; am 16. Tage trat unter schweren Suffocationserscheinungen der Tod ein.

Am Eingang in die Sinus piriformes fand sich zu beiden Seiten des Kehldeckels eine Membran ausgespannt. Das Larynxinnere stellte ein scheidenförmig, seitlich zusammengedrücktes Lumen dar mit geraden Wänden ohne Stimm- und Taschenbänder und ohne Ventriculus Morgagni. Bei der makroskopischen Besichtigung allein war eine Communication zwischen Larynx und Luftsäcken, die Verf. nach Form und Grösse mit einer braunen Bohne vergleicht, nicht nachzuweisen. Die Säcke trugen in ihrem Innern Cylinderepithel. OPPIKOFER.

95) **Luigi Clerc. Beitrag zum histologischen Studium der Kehlkopfpapillome. (Contributo allo studio istopatologico dei papillomi laringei.)** *Arch. Ital. di Laringologia. April 1908.*

Verf. beschreibt die histologische Structur zweier Larynxpapillome, das eine von einem Erwachsenen, das andere von einem Kinde stammend, die er als Typen der beiden nach seiner Ansicht vorkommenden Modificationen gelten lassen möchte. Bei dem ersten Typus macht das Bindegewebe den Hauptbestandtheil aus, das epitheliale Element kommt erst in zweiter Linie; es fehlen die Anzeichen einer Epithelproliferation; während im zweiten Falle die Wucherung des Deckepithels eine sehr reichliche ist und um sehr zarte, junge Papillen herum vor sich geht. Bei der Betrachtung der ersten Abbildung sind Zweifel gerechtfertigt, ob es sich hier um das handelt, was wir gewöhnlich als „Papillom" zu bezeichnen gewohnt sind; die zweite Abbildung zeigt das einem Jeden, der sich mit diesen Dingen beschäftigt hat, vertraute histologische Bild des Larynxpapilloms. FINDER.

96) **Pólyak. Mittelst Laryngofissur entferntes Kehlkopfpapillom.** *Orvosi Hetilap. No. 7. 1908.*

T förmiger Hautschnitt, deren Quertheil über dem Os hyoideum, der Längstheil in der Mittellinie. Wegen parenchymatöser Blutung Tamponade des Kehlkopfes und nur eine Catgutnaht an demselben; partielle Hautnaht. Heilung.

v. NAVRATIL.

97) **Körner** (Rostock.) **Die Cricotomie zur Entfernung subglottischer Kehlkopfpapillome bei kleinen Kindern und die Verhütung der Papillomrecidive durch innerliche Gaben von Arsenik.** *Zeitschr. f. Ohrenheilkde. Bd. 55. 1908.*

Bei einem $3^1/_2$jährigen Kinde, das an Heiserkeit und Athembeschwerden litt, gelang es mit Hülfe des Mount-Bleyer'schen Hakens unter den Stimmbändern eine grosse höckerige Geschwulst festzustellen. Cricotomie, Entfernung von mehreren Papillomen. Nach der Operation Arsenikcur mit Fowler'scher Lösung; nach 6 Monaten noch war das Kind frei von Recidiven.

SEIFERT.

98) **Emil Glas** (Wien). **Ueber Larynxcysten.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 285. 1907.*

Verf. giebt die genauen Krankengeschichten und den Befund der histologischen Untersuchung von 16 an der Chiari'schen Klinik beobachteten Fällen von Larynxcysten, theilweise mit Abbildungen. Er theilt die Fälle in folgende Gruppen ein:

1. Retentionscysten infraepithelialer und intraepithelialer Drüsen.
2. Congenitale Cysten, i. e. cystische Bildungen, die auf entwickelungsgeschichtliche Momente (versprengte Keime, Kiemengänge, Ductus thyreoglossus und andere) zurückzuführen sind.
3. Traumatische Cysten, welche den auf entzündlicher Basis zu Stande gekommenen traumatischen Cysten anderer Körperstellen nahe stehen.
4. Lymphcysten, bei acut entzündlichen Processen durch Erweiterung von Lymphgefässen zu Stande gekommen, und den submucösen Erweichungscysten sowie auch den unter 3 angeführten nahe verwandt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

99) **Rud. Riester** (Heidelberg). **Casuistische Mittheilungen über Cysten des Kehlkopfes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 153. 1907.*

Verf. berichtet über 2 Fälle von Kehlkopfcysten, die von den Taschenlippen ausgingen. Interessant ist, dass die eine Cyste innen mit Flimmerepithel ausgekleidet war, weil damit bewiesen ist, dass es sich um eine wahre Retentionscyste handelte.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER.)

100) **Hirsch. Ueber Haemangioma cavernosum des Kehlkopfes.** (Aus dem Ambulatorium des Doc. M. Hajek in Wien.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Der blaurothe, warzige Tumor bedeckte das rechte Stimm- und Taschenband, sowie das vordere Drittel des linken Stimmbandes und vergrösserte sich beim Pressen deutlich. Therapeutisch kommt die Laryngofissur in Betracht.

HANSZEL.

101) **H. White** (Canada). **Ein Fall von Haemangiom des Kehlkopfes, behandelt mit Laryngofissur.** (Aus der k. k. Universitätsklinik f. Kehlkopf- und Nasenkrankheiten des Hofrathes O. Chiari in Wien.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Es beweist dieser sowie in der Literatur schon vorher beschriebene Fälle, dass bei Haemangiomen die operative Therapie die zweckmässigste ist. Da nach endolaryngealen Eingriffen mitunter starke Blutungen auftreten, erscheint die Freilegung des Operationsfeldes durch Laryngofissur die sicherste Behandlungsart.

HANSZEL.

102) **O. Horn** und **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Ein Fall von Haemangiom der linken Stimmlippe.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 120. 1907.*

Sectionsbefund: Röthlicher, wie blutgefüllter, kaum erbsengrosser, länglicher Polyp, der am Rande der Stimmlippe mittels eines ziemlich langen, dünnen, blattförmigen Stils anhaftet. — Der Tumor, mit aus geschichtetem Plattenepithel bestehender Schleimhaut bedeckt, besteht im Wesentlichen aus unregelmässigen, mit Blut und Fibrinablagerungen gefüllten Hohlräumen; die Wandungen sind grösstentheils mit Endothel bekleidet.

Ausser diesem sind noch 35 Fälle bisher beschrieben.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

103) **Ihukow. Fall von Lymphangiom des Kehlkopfes. (Slutschai linfangiomi gortani.)** *R. Wratsch. p. 208. 1908.*

Beschreibung eines Falles von Lymphangiom, welches auf dem rechten falschen Stimmbande sass. Durch Punction wurde milchige Flüssigkeit entleert und danach die Diagnose gestellt. Weiterer Behandlung entzog sich die 18jährige Patientin.

P. HELLAT.

104) **H. Barwell. Epitheliom des Kehlkopfes bei einem jungen Manne. (Epithelioma of the larynx in a young man.)** *British Medical Journal. p. 1237. 1907.*

Der Patient, bei dem das Kehlkopfcarcinom constatirt wurde, war 27 Jahre alt.

JAMES DONELAN.

105) **J. Némai** (Budapest). **Erfahrungen über den Kehlkopfkrebs. (Tapasztalatok a gégerákról.)** *Budapesti orvosi ujság. 1908. Beilage Gégészet. No. 1.*

Frühzeitige Diagnose, dabei keine endolaryngeale Versuche, sondern sofortige Laryngofissur nach Semon's Vorschriften werden vom Verf. empfohlen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

106) **J. Solis-Cohen. Moderne Verfahren zur Entfernung maligner Geschwülste des Kehlkopfinnern. (Modern procedures in excision of intrinsic malignant growths of the larynx.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Cfr. Verhandlungen der 29. Jahresversammlung der American Laryngological Association 1907.

EMIL MAYER.

107) **Jean Sendziak. Behandlung des Kehlkopfkrebses. (Treatment of cancer of the larynx.)** *N. Y. Medical Journal. 30. November 1907.*

S. analysirt 982 Fälle von chirurgischer Behandlung des Kehlkopfkrebses; in 26 pCt. trat Heilung ein. Die Todesfälle haben seit 1888 merklich abgenommen, was S. darauf zurückführt, dass früher operirt wird und die Technik verbessert worden ist. Vergleicht man — abgesehen von der Zeit vor 1888 — die verschiedenen Methoden, so kommen auf die Laryngofissur 50 pCt., auf die endolaryngeale Methode 46 pCt., die partielle oder einseitige Resection 23 pCt. und auf die Totalexstirpation 22 pCt. Heilungen. Betrachtet man die Häufigkeit der Recidive, so traten solche auf nach Laryngofissur 22 pCt., nach partieller Resection 30 pCt., nach endolaryngealer Operation in 33 pCt. und nur in 16 pCt. nach Totalexstirpation.

EMIL MAYER.

108) **Cisneros** (Madrid). **Die Totalexstirpation des Kehlkopfes in zwei Zeiten (Laringuectomia total en dos tiempos.)** *Boletin de laryngologia. No. 41. u. 42 1907.*

Verf. hat von October 1906 bis December 1907 in 7 Fällen die zweizeitige Totalexstirpation gemacht. Die Operationsresultate waren vorzüglich. Verf. bedient sich folgender Technik: 1. Zeit: Implantation der Trachea in die Haut: Localanästhesie; Verticalincision vom unteren Rand des Ringknorpels bis zum Jugulum; Freilegung der ersten Trachealringe; Blutstillung; es werden drei Seidenschlingen durch den ersten Trachealring gelegt, einer in der Mitte, die andern zu beiden Seiten. Verf. findet letztere Procedur sehr vereinfacht, wenn man sie beim transversalen Durchschneiden der Membrana crico-trachealis ausführt. Indem man nun an den Fäden einen Zug ausübt, wird die hintere Trachealwand durchschnitten mit Vermeidung einer Verletzung des Oesophagus. Nun näht man die Trachea in die Haut, lässt jedoch einen kleinen Spalt zwischen Larynx und hinterer Trachealwand ungenäht. In diesen Spalt führt man ein Gazedrain ein, das ein- bis zweimal am Tage erneuert werden muss. Ungefähr 10—15 Tage später ist dieser Spalt durch Narbengewebe, das den Larynx von der Trachea trennt, geschlossen. Jetzt folgt die II. Zeit: Exstirpation des Larynx: Naht des Oesophagus an die vom Zungenbein entspringenden Muskelmassen; Naht von Muskeln und Haut. Ernährung mittels Nasensonde.

TAPIA.

109) **H. Neumann. Carcinom des Larynx und Grawitz'sche Tumoren der Nieren.** *Dissert. München 1905.*

Die Beobachtung beweist das multiple Vorkommen zweier verschiedenartiger maligner Neubildungen in dem gleichen Organismus.

UPPIKOFER.

110) **O. Chiari** (Wien). **Uebersicht über 82 Fälle von Thyreotomien, partiellen und totalen Exstirpationen des Larynx wegen Carcinom.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener med. Wochenschrift. No. 16. 1908.*

Mittheilung von 12 neuen Fällen, von denen 7 an der Klinik, 5 in privaten Sanatorien operirt wurden, in Ergänzung der in der Zeitschrift für klin. Medicin 1907 und in den Archives internat. de Laryng. Paris 1907 beschriebenen 70 Fällen.

In den letzten 22 Jahren [illegible] 1906 [illegible] den [illegible] [illegible] hat der [illegible] die [illegible] nach [illegible] [illegible] [illegible] die [illegible] besser [illegible]. [illegible] [illegible] und [illegible] besser [illegible].

HANSZEL.

111) J. Sendziak (Warschau). **Die Frage der Radicalbehandlung des Kehlkopfkrebses in den letzten 50 Jahren 1858—1908.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 4. 1908.*

Der für den Wiener internationalen Laryngo-Rhinologencongress bestimmte [illegible] enthält zunächst einen historischen Ueberblick über die Wandlung der Anschauungen bezüglich der Therapie des Larynxcarcinoms, über die verschiedenen chirurgischen Maassnahmen und deren [illegible]. Die Schlussfolgerungen, die sich auf eine aus der Literatur gesammelte Statistik von [illegible] Fällen stützen, gipfeln darin, dass die operative Behandlung des Kehlkopfkrebses die rationellste therapeutische Methode sei, dass für die frühzeitigen Formen die Laryngofissur (Thyreotomie), für die [illegible] vorgeschrittene Fälle die partielle oder totale Laryngektomie die relativ günstigsten Resultate zeitige.

HECHT.

112) A. Veit. **Zur Behandlung der chronischen Stenosen der Luftröhre.** *Diss. Bonn 1906.*

Nach Berücksichtigung der ätiologischen Momente beschreibt V. die Dilatationsverfahren und dann die operativen Methoden. Für grössere Luftröhrendefecte sei die von Mangoldt'sche Chondroplastik empfehlenswerth und den übrigen operativen Verfahren, beispielsweise der circulären Resection mit primärer Naht vorzuziehen. Eine Krankengeschichte. Zusammenstellung der Literatur.

OPPIKOFER.

113) Nowotny (Krakau). **Ueber Tracheo- und Bronchostenosen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 287.*

Ausführlicher Bericht über die auf der Klinik von Prof. Pieniazek seit 1894 beobachteten Tracheal- und Bronchialstenosen in Folge von Sklerom, Aneurysma, vergrösserten Lymphdrüsen, Syphilis und Diphtherie.

F. KLEMPERER.

114) W. E. Sauer. **Fibrom der Trachea. (Fibroma of the trachea.)** *St. Louis Interstate Medical Journal. Juni 1908.*

Der Fall betrifft einen 74jährigen Mann.

EMIL MAYER.

115) Kahler. **Zur Kenntniss des Trachealsarkoms.** (Aus der k. k. Universitätsklinik f. Kehlkopf- und Nasenkrankheiten des Hofrath Chiari in Wien.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) ***Wiener med. Wochenschr. No. 16. 1908.***

Sarkome der Trachea sind selten. Beschreibung eines Falles von Spindelzellensarkom in der Grösse einer Kirsche in der Höhe des siebenten Trachealringes mittelst Tracheofissur entfernt. Jetzt $2^1/_2$ Jahre post operationem recidivfrei. Metaplastische Entstehung von Plattenepithel.

HANSZEL.

f. Schilddrüse.

116) **Hermann Faholke. Beobachtungen über Schilddrüse und Nebenschilddrüsen. (Observations on the thyreoid and the parathyreoids.)** *Journal American Medical Association. 4. Juni 1908.*

Schilddrüse und Nebenschilddrüsen unterscheiden sich in embryologischer, anatomischer und functioneller Hinsicht. Die Entfernung aller Nebenschilddrüsen beim Menschen hat Tetanie und Tod zur Folge; die Entfernung der Schilddrüse die unter dem Bild der Cachexia strumipriva verlaufenden Erscheinungen. Auf Grund von Erdheim's Versuchen an Ratten ist Verf. der Ansicht, dass die Tetanie stets die Folge der Zerstörung der Parathyroiddrüsen ist und er war in 3 Fällen von Tetanie nach Strumectomie im Stande, zu constatiren, dass die Parathyroiddrüsen fehlten oder zerstört waren. Der Tod nach Parathyreodectomie kann durch Parathyroidfütterung eine Zeit lang hingehalten und acute Tetanie völlig verhindert werden (Halster, McCallum, Beebe und Rogers). Nach Entfernung der Schilddrüse verändern die Parathyroiddrüsen niemals ihre Structur und treten niemals functionell für die Schilddrüse ein.

EMIL MAYER.

117) **Notiz des Herausgebers. Die Parathyroiddrüsen. (The parathyroids.)** *Journal American Medical Association. 6. Juni 1908.*

Ein Resumé unserer durch die neueren Untersuchungen so wesentlich geförderten Anschauungen über die Natur und Function der Parathyroiddrüsen. Es wird daran erinnert, dass die Tetanie nach Verlust der Drüsen auf verminderte Retention von Calciumsalzen im Organismus zurückgeführt wird und dass daher durch Darreichung eines solchen Salzes Besserung erzielt wurde. Philip Geis hat bei 12 Individuen 37 Parathyroiddrüsen studirt und darauf aufmerksam gemacht, dass man bei Strumectomien auch die in jene Drüsen eintretenden Blutgefässe schonen müsse; am sichersten sei es für diesen Zweck, bei der Operation von oben nach unten vorzugehen.

EMIL MAYER.

118) **S. B. Beebe. Physiologie des Morbus Basedow. (Physiology of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Record. 15. Juni 1907.*

Verf. bespricht unter Anderem den Unterschied zwischen den Folgen der Entfernung der Thyroidea und der Parathyroideae; er schildert seine in Gemeinschaft mit Rogers ausgeführten Versuche, Thiere durch Fütterung mit Parathyroid-Nucleoproteiden nach der Entfernung der Parathyroideae eine Zeit lang am Leben zu erhalten. Niemals gelang dies länger als drei Wochen. Dass der Tod in Folge Toxämie eintrat, geht daraus hervor, dass bei parathyreodectomirten Thieren nach reichlicher Fleischfütterung früher Convulsionen eintreten, als bei gesunden Thieren. Verf. bespricht auch den Stoffwechsel parathyreodectomirter Thiere.

LEFFERTS.

119) **Andrew T. Mc. Cosh. Zwei Fälle von Morbus Basedow. (Two cases of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 14. März 1908.*

Verf. empfiehlt auf Grund von 20 operirten Fällen die chirurgische Behandlung. In den Frühstadien der Erkrankung ist die postoperative Mortalität sehr ge-

69) **P. Eisen. Zur Kenntniss der Natur der Stomatitis und Angina ulcero-membrancea (Plaut, Vincent).** *Dissert. Heidelberg 1905.*

An der Hand der Literatur und eines selbst beobachteten Falles wird das Krankheitsbild der Plaut-Vincent'schen Angina ausführlich beschrieben. Die durch den Autor beobachtete Angina hatte zu linksseitiger Pneumonie, Nephritis und leichter Entzündung im linken Grosszehengrundgelenk geführt. Das Sputum und die Membranen aus den Bronchien enthielten den Bacillus fusiformis; Fränkel'sche Pneumokokken fehlten.

OPPIKOFER.

70) **Wretowski. Ein Fall von Angina ulcerosa Vincentii. (Przypadek wrzodnego zapalenia gardzieli, wywolenego przez laseczniki wrzecionowate.)** *Gazeta Lekarska. No. 20. 1908.*

Bei einer 30jährigen Frau, die seit einer Woche fieberte und dann über Halsschmerzen, am meisten beim Schlucken, wie auch über unangenehmen Geruch aus dem Munde klagte, bemerkte Verf. am weichen Gaumen, an den Tonsillen und an der Uvula sehr viele Geschwüre, mit grauweissem Belag bedeckt. Viele Zähne waren cariös verändert. Die mikroskopische Untersuchung des Belages zeigte neben verschiedenen Arten von Diplokokken auch in grosser Menge Bacilli fusiformes Vincenti. Als Therapie wurden Antipyretica und Chinosolgurgeln angewandt. Nach einer Woche konnte die Patientin das Krankenhaus verlassen.

A. v. SOKOLOWSKI.

71) **Walter H. Buhlig. Ein Fall von Vincent'scher Angina ohne Spirochäten. (A case of Vincents angina without spirochetes.)** *Journal American Medical Association. 30. Mai 1908.*

Verf. erklärt den Fall für eine Angina Vincenti, trotzdem keine Spirochäten gefunden wurden, weil in den Culturen sich weder Diphtheriebacillen noch andere Mikroorganismen fanden, in den Ausstrichpräparaten dagegen sehr reichlich fusiforme Bacillen gefunden wurden.

EMIL MAYER.

72) **Collet** und **Horand. Ueber die Anwesenheit von Pseudo-Treponoma pallida bei Angina Vincenti neben fusiformen Bacillen und klassischen Spirochäten. (De la présence de pseudo-tréponèmes pâles dans une angine de Vincent à côté des fuso-spirilles et des spirochètes classiques.)** *Gaz. hebd. de sciences médicales. No. 27. 1907.*

Bei der Angina ulcero-membranacea, fälschlich auch als Vincent'sche Angina bezeichnet, haben die Autoren ausser fusiformen Bacillen und zahlreichen Spirillen auch die Pseudo-Treponoma pallida gefunden.

BRINDEL.

73) **Truman W. Brophy. Anatomie des normalen und gespaltenen Gaumens. (Anatomy of palate, normale and cleft.)** *Journal of the American Medical Association. 24. August 1907.*

Verf. räth, die Gaumenspalte vor der Lippenspalte zu operiren, und zwar 3 Monate nach der Geburt, die Operation der Lippen soll 3 Monate später erfolgen, nachdem die Gaumenknochen völlig vereinigt sind. Zuletzt soll die Vereinigung des weichen Gaumens erfolgen, wenn das Kind 14—16 Monate alt ist.

EMIL MAYER.

74) **J. N. Roy. Primäre Melanose des Gaumens: Mundrachenfistel frischen sarkomatösen Ursprungs. (Primary melanosis of the palate. Naso-buccal fistula of recent sarcomatous origin.)** *The Laryngoscope. November 1907.*

Diese primäre Melanose war von benignem Charakter; später bildete sich an dieser Stelle eine mit Pigment gefüllte Geschwulst, die malign wurde. Zu bemerken ist, dass die primäre Melanose sich nur am Gaumen fand, ohne dass gleichzeitig derartige Erscheinungen an der Haut vorhanden waren, dass fernerhin die Entwickelung sehr langsam, über einen Zeitraum von 20 Jahren vor sich gegangen und erst zuletzt ein rapides Wachsthum eingetreten war. EMIL MAYER.

75) **L. Lange. Die Hasenscharten an der Göttinger chirurgischen Klinik vom October 1895 bis April 1906.** *Dissert. Göttingen 1905.*

Unter den 103 operirten Hasenscharten waren 68,9 pCt. männlichen und 31,1 pCt. weiblichen Geschlechts. In 76 Fällen war die Spaltbildung einseitig (55 mal links und 21 mal rechts) und in 27 Fällen doppelseitig. Bezüglich der Heredität giebt L. an, dass bei 19,3 pCt. noch andere Hasenscharten in den einzelnen Familien nachgewiesen werden konnten.

Die Sterblichkeit der Hasenschartenkinder, seien sie operirt oder nicht, ist grösser als die normale Kindersterblichkeit. Der Grund für die grössere Sterblichkeit (nach Verf. 26,8 pCt.) liegt in der von Geburt an oft mangelhaften Entwickelung und in der Erkrankung des Respirations- und Digestionsapparates, zu welcher die Missbildung disponirt; zum Theil ist die grössere Sterblichkeit auch dem Umstande zuzuschreiben, dass diese missbildeten Wesen von ihren eigenen Müttern mangelhaft verpflegt werden. OPPIKOFER.

76) **J. Koopmann. Die Hasenscharten an der Kieler Klinik vom April 1899 bis Juli 1907.** *Dissert. Kiel 1907.*

An der Königl. chirurgischen Klinik zu Kiel wurden im Verlaufe von ungefähr 8 Jahren 57 Hasenscharten beobachtet, wovon 38 einseitig und 19 doppelseitig waren. Von den einseitigen Spalten waren 27 links und 10 rechts gelegen. 28 Fälle, also ungefähr die Hälfte, waren neben ihrer Hasenscharte noch mit Gaumenspalte behaftet. Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden.

OPPIKOFER.

77) **G. Hudson Makuen. Operationen bei Gaumenspalten und ihr Resultat. (Operations for cleft palate and their results.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Juli 1907.*

Verf. fasst seine Grundsätze folgendermaassen zusammen:

1. Eine Operation zum Schluss der Gaumenspalte soll nur unternommen werden, wenn eine gewisse Wahrscheinlichkeit für den Erfolg vorhanden ist.
2. Sie soll nur von solchen gemacht werden, die eine specielle Erfahrung in der Chirurgie der Rachenhöhle besitzen.
3. Die Operation soll so frühzeitig wie möglich ausgeführt werden.
4. In schwierigen Fällen bei jungen Leuten ist die Operation nach vorausgegangener Tracheotomie, wie sie Mc Kernon beschrieben hat, vorzuziehen.

5. Zwei Gründe sind für die Vornahme der Operation maassgebend: Die Besserung des Allgemeinbefindens und die Hebung der Sprachfähigkeit; ersteres wird durch die verbesserten hygienischen Bedingungen des Nasenrachens sowie durch die Hebung des moralischen Selbstgefühls erreicht. EMIL MAYER.

78) John B. Roberts. **Moderne Methoden zur Wiederherstellung des gespaltenen Gaumens. (Modern methods in the repair of cleft palate.)** *The Laryngoscope. Juli 1907.*

Obturatoren und künstliche Prothesen sollen verworfen werden. Nach einer Besprechung der Pathogenese der Gaumenspalte stellt Verf. seine Grundsätze bezüglich der Operation auf. Er macht darauf aufmerksam, dass die Wahrscheinlichkeit eines Erfolges bei der Naht des weichen Gaumens erheblich gesteigert wird, wenn man vorher den Spalt im harten Gaumen zum Verschluss bringt. Er rechnet es als einen grossen Fehler, wenn man mit der Operation wartet, bis das Kind mehrere Jahre alt geworden ist; denn wenn man die Oberkieferknochen erst in ihrer abnormen Position hat verknöchern lassen, dann liegen die Verhältnisse viel schwieriger. Die Hasenscharte soll im Allgemeinen nicht in Angriff genommen werden, bevor der Gaumen wieder hergestellt ist. EMIL MAYER.

79) Joseph H. Abraham. **Ein Fall von Hasenscharte. (A case of cleft palate.)** *The Laryngoscope. December 1907.*

In dem Fall, bei dem die Spalte sich vom harten Gaumen nach hinten durch die Mitte des weichen Gaumens und die Uvula erstreckte, bestand eine starke Hyperplasie der hinteren Muschelenden, die die Choanen völlig verlegten und sich in der Mittellinie berührten, ferner adenoide Vegetationen. A. will erst die hinteren Enden und die Adenoiden entfernen und dann versuchen, die Spalte zu schliessen.

EMIL MAYER.

80) J. A. Mc. Graw. **Ungelöste Fragen in der Therapie der Hasenscharte und Gaumenspalte. (Unsettled questions in the treatment of hare-lip and cleft palate.)** *Detroit Medical Journal. Januar 1908.*

Mc Graw hält es für höchst bedauerlich, dass die Ansicht, man müsse mit dem operativen Verschluss der Gaumenspalte warten, bis das Kind einige Jahre alt sei, bei den Aerzten so fest steht. Er erachtet es für erstrebenswerth, die Kinder möglichst frühzeitig zu operiren und zwar scheint ihm die Operation nach Brophy die empfehlenswertheste. Ein sehr wichtiges Moment ist für die Nachbehandlung, bei nervös veranlagten Kindern jede Nervenerregung zu vermeiden.

EMIL MAYER.

81) George V. D. Brown. **Sprachresultate bei Gaumenspaltenoperation. (Speech results of cleft palate operations.)** *Journal American Medical Association. Februar 1908.*

Nach Ansicht des Verf. ist fast kein Fall für die Operation ungeeignet, ohne Rücksicht auf das Alter: einer seiner am hoffnungslosesten aussehenden Fälle, der mit gutem Resultat operiert wurde, war 50 Jahre alt. Es sollen keine unnöthigen forcirten Methoden in frühem Kindesalter angewandt werden. EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

82) **Hibbert W. Hill. Fehlerquellen bei der Laboratorium-Diagnose der Diphtherie. (Sources of error in the laborotory diagnosis of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 2. November 1907.*

Das Auffinden von Diphtheriebacillen in Culturen beweist an sich nichts anderes als ihr Vorhandensein in der Cultur. Ist die Gewähr vorhanden, dass die Entnahme sachgemäss vor sich gegangen ist, so beweist der Befund von Bacillen ihr Vorkommen im Hals, aus dem die Entnahme gemacht wurde, nichts mehr. Sind ferner mit dem Vorkommen der Diphtheriebacillen im Hals charakteristische klinische Symptome verbunden, so ist die Wahrscheinlichkeit von 98—99 pCt. vorhanden, dass wirklich Diphtherie vorliegt. Fehlen die klinischen Symptome, und sind Diphtheriebacillen im Halse gefunden worden, so kann man, wenn die Anamnese nicht für eine Infectionswahrscheinlichkeit spricht, annehmen, dass die Bacillen nicht virulent sind; sind aber anamnestische Angaben für eine Uebertragung vorhanden, so ist wahrscheinlich, dass die Bacillen virulent sind. Fällt die Untersuchung auf Diphtheriebacillen negativ aus, so spricht 90 pCt. Wahrscheinlichkeit dafür, dass keine im Rachen vorhanden sind; bei zweimaligem negativen Ausfall der Untersuchung ist die Wahrscheinlichkeit 99 pCt., bei mehrmaligem negativen Ergebniss ist absolute Sicherheit, dass keine Diphtherie vorliegt.

LEFFERTS.

83) **Herbert J. Gillette. Diphtherie-Antitoxin bei Bronchialasthma. (Diphtheria antitoxin in bronchial asthma.)** *Journal of the American Medical Association. 4. Januar 1908.*

Verf. hat in zwei Fällen, von denen der eine er selbst war, nach Injectionen von Diphtherieserum das Bronchialasthma aufhören sehen. Auf diese Erfahrungen hin machte er einem 52jährigen an Asthma leidenden Mann eine Injection von 2000 I.-E., 5 Minuten später war der Mann todt. Die Section ergab ein negatives Resultat. Verf. giebt an, dass er weiterhin noch zwei Todesfälle nach Anwendung von Serum aus derselben Indication gesehen habe.

EMIL MAYER.

84) **G. N. W. Thomas** (Cardiff). **Ein Fall von Masern und Kehlkopfdiphtherie. (A case of measles and laryngeal diptheria.)** *Lancet. p. 1482. London 1908.*

In dem mitgetheilten Fall trat die Larynxdiphtherie als Complication im Verlauf der Reconvalescenz nach Masern auf; es musste die Tracheotomie gemacht werden.

JAMES DONELAN.

85) **Armbrüster** (Gernsheim). **Croup und Diphtherie.** *Der pract. Arzt. 6. 1908.*

Der Autor stimmt mit dem Referenten darin überein, dass die Bezeichnung Croup durch die richtigere: Kehlkopfdiphtherie ersetzt werden solle und hebt hervor, dass gerade hier das Diphtherieserum seine besonders günstige Wirkung entfalte.

SEIFERT.

86) **J. V. Shoemaker. Klinische Vorlesung über diphtherische Lähmung. (Clinical lecture on diphtheric paralysis.)** *St. Louis Medical Review. Juni 1908.*

Verf. empfiehlt ausser roborirender Diät Strychnin, ferner Suppositorien von Ext. Hyoscyami zu gleichen Theilen mit Camphor. monobromat. vor dem Zubettgehen gegen die Schlaflosigkeit.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

87) **R. Wendeborn. Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Larynxstenosen.** *Dissert. Kiel 1906.*

Vorerst bespricht Verf. die verschiedenen Methoden, die eine Beseitigung von Stenosen und Defekten des Larynx auf operativem Wege bezwecken und empfiehlt dann an der Hand einer eigenen Beobachtung die von von Mangoldt angegebene Plastik.

OPPIKOFER.

88) **K. M. Menzel** (Wien). **Chronisch-ödematöse Veränderungen der Kehlkopfschleimhaut als Folge von Compression durch Struma.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 53.*

Verf. illustrirt an einer Reihe eigener und fremder Beobachtungen, dass durch die in Folge des Strumadruckes in den Kehlkopfgefässen hervorgerufene Stauung sämmtliche Partien der Kehlkopfschleimhaut in ödematösen Zustand versetzt werden können, wodurch sie unter gewissen Umständen ein nicht unbeträchtliches mechanisches Athmungshinderniss bilden. Nach Strumectomie schwinden im Allgemeinen die Erscheinungen, jedoch bleiben, wenn die Compression lange eingewirkt und demnach das Oedem lange bestanden hat, auch nach der Strumectomie gewisse Veränderungen zurück, die histologisch in Verdickung, bezw. Verhornung des Epithels und Vermehrung des Stromas begründet zu sein scheinen.

F. KLEMPERER.

89) **Berard, Sargnon** und **Alamartine** (Lyon). **Subglottische Stenose. (Sténose sous-glottique.)** *Lyon médical. 27. August 1907.*

Es handelte sich um eine Perichondritis cricoidea mit syphilitischer Tracheitis; Versuche der Intubation waren wegen der Länge der Stenose erfolglos und man war gerade während eines solchen zur eiligen Tracheotomie gegangen. Da Pat. wegen des Weiterbestehens der Stenose nicht decanulirt werden konnte, so wurde, nachdem mittels der subglottischen Tracheoskopie genau der Sitz der Stenose bestimmt war, die allmälige retrograde Dilatation, daneben gleichzeitig eine specifische Behandlung eingeleitet. Pat. wurde geheilt.

GONTIER de la ROCHE.

90) **G. Strazza** (Genua). **Ueber einen Fall von schwerer Kehlkopfstenose infolge diffuser subglottischer amyloider Degeneration. (Sopra un caso di grave stenosi laringea determinata da diffusa degenerazione amiloidea dello spazio sottocordale.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. November 1907.*

Es handelte sich um einen 52 jährigen Mann, der mit schwerer Dyspnoe in

das Hospital eingeliefert wurde. Unterhalb der Stimmbänder sah man eine intensive Infiltration, die diffus die ganze Röhrenwandung einnahm und das Lumen bis auf einen kleinen Schlitz verschloss. Da wegen mangelnder dringender Indication die Tracheotomie bis zum nächsten Morgen aufgeschoben wurde (? ! Ref.), so starb Patient in der Nacht.

Bei der Section zeigte sich, dass die Stenose aus einer Schwellung der Schleimhaut bestand, die aus compactem, homogenem, citronengelbem, hartem Gewebe zusammengesetzt war. Eine kleinere Insel von derselben Beschaffenheit zeigte sich auf der Schleimhaut in Höhe des 5.—6. Trachealrings. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigten sich Veränderungen besonders in den tiefen, dem Knorpel angrenzenden Theilen der Schleimhaut. Man sah hier zwischen den Bindegewebsbündeln amorphe Massen. Alle Reactionen zeigten, dass es sich um amyloide Substanz handelte. Mikroorganismen fehlten. Die anatomische Diagnose lautete also: Perichondritis hyperplastica chronica diffusa der Ringknorpelgegend mit secundärer amyloider Degeneration und derselbe Process an einigen Trachealringen. Verf. verlegt auf Grund seiner Untersuchungen den Beginn des amyloiden Degenerationsvorganges in die Gefässwände. FINDER.

91) **E. v. Navratil** (Budapest). **Beiträge zur operativen Behandlung der Larynxstenosen.** *Orvosi Hetilap. No. 14. 1908.*

Bei den acuten ist die Tracheotomie souverain, bei den chronischen verfährt N. je nach der Ursache. Spricht über tuberculöse, luetische Larynxstenosen. Bei Sklerom erzielte er mit der Intubation schöne Erfolge. Verbreitet sich am ausführlichsten über die Stenosen nach Intubation und Traumen und giebt (mit Illustrationen) die ausführliche Krankengeschichte eines Selbstmörders, bei dem er einen thalergrossen Hauttrachealdefect mit zwei umgestülpten Hautlappen (von den Seitentheilen des Halses) mit vollständigem Erfolge verschloss. POLYAK.

92) **L. Harmer. Ueber eine Modification der Schornsteinkanüle zur Behandlung narbiger Kehlkopfstenosen.** (Aus der k. k. Universitätsklinik f. Kehlkopf- und Nasenkrankheiten des Hofrath Chiari in Wien.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Hinweis auf die bedeutenden Schwierigkeiten der Narbenstenosenbehandlung im Kehlkopf, vor allem was Zeit und Endresultat anbelangt. Relativ am meisten zu empfehlen ist das Einlegen von Dauercanülen. Sowohl die T-Canüle als auch die Schornsteincanüle sind nicht frei von Nachtheilen, nach eigener Erfahrung letztere jedoch vorzuziehen, weil sie vor Allem leichter einzulegen ist, vorausgesetzt, dass sie für den jeweiligen Fall genau passend gebaut ist. Um die so häufig auftretende Spornbildung zu verhindern, hat H. den trachealen Theil der Schornsteincanüle einfach weggelassen, sodass die Patienten nur durch die laryngeale Canüle, die entsprechend durchlocht ist, athmen und somit Druck und Stauung entfallen. Mittheilung zweier auf diese Art behandelter Fälle, in welchen eine Spornbildung verhütet werden konnte. HANSZEL.

93) **Koschier. Zur Behandlung der postdiphtherischen Stenosen des Larynx und der Trachea.** (Aus der laryngol. Abtheil. der allgem. Poliklinik in Wien, Vorstand: Doc. Koschier.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Nach einigen Bemerkungen über die Art des Zustandekommens diphtheritischer Geschwüre, Infiltrate und Narben in Kehlkopf und Luftröhre beschreibt K. eine von ihm angegebene Modification der Schornsteincanüle, bei der der pharyngeale und tracheale Theil in einer Linie sich befinden, also kein nach rückwärts offener Winkel die Bildung eines Spornes begünstigt (Firma Reiner, Wien). Mittheilung eines Falles von vollständiger narbiger Verwachsung des Kehlkopfes mit fast völliger Zerstörung des Knorpelgerüstes, in welchem Falle nach Herstellung eines Lumens die eben beschriebene Canüle eingelegt wurde, die natürlich entsprechend dem zunehmenden Alter dimensionirt dauernd getragen werden muss. Als die vom chirurgischen Standpunkt aus ideale Methode der Behandlung completter Occlusion des Larynx ist die circuläre Resection mit folgender Naht beider Stümpfe anzusehen und wird ein solcher durch 5 Jahre geheilt gebliebener Fall mit einigen interessanten Details ausführlich beschrieben.

HANSZEL.

94) **Kan** (Leiden). **Ueber einen Fall von congenitalen Larynxluftsäcken bei einem Kinde von 16 Tagen.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 51. 1908.*

Die Anomalie wurde erst auf dem Sectionstische nachgewiesen. Die Athemnoth fiel gleich nach der Geburt auf; am 16. Tage trat unter schweren Suffocationserscheinungen der Tod ein.

Am Eingang in die Sinus piriformes fand sich zu beiden Seiten des Kehldeckels eine Membran ausgespannt. Das Larynxinnere stellte ein scheidenförmig, seitlich zusammengedrücktes Lumen dar mit geraden Wänden ohne Stimm- und Taschenbänder und ohne Ventriculus Morgagni. Bei der makroskopischen Besichtigung allein war eine Communication zwischen Larynx und Luftsäcken, die Verf. nach Form und Grösse mit einer braunen Bohne vergleicht, nicht nachzuweisen. Die Säcke trugen in ihrem Innern Cylinderepithel.

OPPIKOFER.

95) **Luigi Clerc. Beitrag zum histologischen Studium der Kehlkopfpapillome. (Contributo allo studio istopatologico dei papillomi laringei.)** *Arch. Ital. di Laringologia. April 1908.*

Verf. beschreibt die histologische Structur zweier Larynxpapillome, das eine von einem Erwachsenen, das andere von einem Kinde stammend, die er als Typen der beiden nach seiner Ansicht vorkommenden Modificationen gelten lassen möchte. Bei dem ersten Typus macht das Bindegewebe den Hauptbestandtheil aus, das epitheliale Element kommt erst in zweiter Linie; es fehlen die Anzeichen einer Epithelproliferation; während im zweiten Falle die Wucherung des Deckepithels eine sehr reichliche ist und um sehr zarte, junge Papillen herum vor sich geht. Bei der Betrachtung der ersten Abbildung sind Zweifel gerechtfertigt, ob es sich hier um das handelt, was wir gewöhnlich als „Papillom“ zu bezeichnen gewohnt sind; die zweite Abbildung zeigt das einem Jeden, der sich mit diesen Dingen beschäftigt hat, vertraute histologische Bild des Larynxpapilloms.

FINDER.

96) **Pólyak. Mittelst Laryngofissur entferntes Kehlkopfpapillom.** *Orvosi Hetilap. No. 7. 1908.*

T förmiger Hautschnitt, deren Quertheil über dem Os hyoideum, der Längstheil in der Mittellinie. Wegen parenchymatöser Blutung Tamponade des Kehlkopfes und nur eine Catgutnaht an demselben; partielle Hautnaht. Heilung.

v. NAVRATIL.

97) **Körner** (Rostock.) **Die Cricotomie zur Entfernung subglottischer Kehlkopfpapillome bei kleinen Kindern und die Verhütung der Papillomrecidive durch innerliche Gaben von Arsenik.** *Zeitschr. f. Ohrenheilkde. Bd. 55. 1908.*

Bei einem $3^1/_2$jährigen Kinde, das an Heiserkeit und Athembeschwerden litt, gelang es mit Hülfe des Mount-Bleyer'schen Hakens unter den Stimmbändern eine grosse höckerige Geschwulst festzustellen. Cricotomie, Entfernung von mehreren Papillomen. Nach der Operation Arsenikcur mit Fowler'scher Lösung; nach 6 Monaten noch war das Kind frei von Recidiven.

SEIFERT.

98) **Emil Glas** (Wien). **Ueber Larynxcysten.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 285. 1907.*

Verf. giebt die genauen Krankengeschichten und den Befund der histologischen Untersuchung von 16 an der Chiari'schen Klinik beobachteten Fällen von Larynxcysten, theilweise mit Abbildungen. Er theilt die Fälle in folgende Gruppen ein:

1. Retentionscysten infraepithelialer und intraepithelialer Drüsen.
2. Congenitale Cysten, i. e. cystische Bildungen, die auf entwickelungsgeschichtliche Momente (versprengte Keime, Kiemengänge, Ductus thyreoglossus und andere) zurückzuführen sind.
3. Traumatische Cysten, welche den auf entzündlicher Basis zu Stande gekommenen traumatischen Cysten anderer Körperstellen nahe stehen.
4. Lymphcysten, bei acut entzündlichen Processen durch Erweiterung von Lymphgefässen zu Stande gekommen, und den submucösen Erweichungscysten sowie auch den unter 3 angeführten nahe verwandt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

99) **Rud. Riester** (Heidelberg). **Casuistische Mittheilungen über Cysten des Kehlkopfes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 153. 1907.*

Verf. berichtet über 2 Fälle von Kehlkopfcysten, die von den Taschenlippen ausgingen. Interessant ist, dass die eine Cyste innen mit Flimmerepithel ausgekleidet war, weil damit bewiesen ist, dass es sich um eine wahre Retentionscyste handelte.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER.)

100) **Hirsch. Ueber Haemangioma cavernosum des Kehlkopfes.** (Aus dem Ambulatorium des Doc. M. Hajek in Wien.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Der blaurothe, warzige Tumor bedeckte das rechte Stimm- und Taschenband, sowie das vordere Drittel des linken Stimmbandes und vergrösserte sich beim Pressen deutlich. Therapeutisch kommt die Laryngofissur in Betracht.

HANSZEL.

[illegible] Fall von Haemangiom des Kehlkopfes, behandelt [illegible] Universitätsklinik f. Kehlkopf- und Nasen- [illegible] in Wien. Festnummer anlässlich des [illegible] *Wiener klin. Wochenschr.* No. 16.

[illegible] Literatur schon vorher beschriebene Fälle, [illegible] Therapie die zweckmässigste ist. Da nach [illegible] starke Blutungen auftreten, erscheint die [illegible] Laryngofissur die sicherste Behandlungsart.

HANSZEL.

[illegible] **Ein Fall von Haemangiom der** [illegible] *Laryngologie. Bd. 20. S. 120. 1907.*

[illegible] kaum erbsengrosser, läng- [illegible] mittels eines ziemlich langen, dünnen, [illegible] Der Tumor [illegible] aus geschichtetem Plattenepithel [illegible] im Wesentlichen aus unregelmässigen, [illegible] gefüllten Bluträumen; die Wandungen sind [illegible]

[illegible] beschrieben.

[illegible] KLEMPERER.

[illegible] **des Kehlkopfes. (**[illegible] **linfangioni** [illegible]

[illegible] welches auf dem rechten [illegible] wurde [illegible] Flüssigkeit entleert [illegible] Behandlung [illegible] sich die 18jährige

P. HELLAT.

[illegible] **des Kehlkopfes bei einem jungen Manne. (Epi-** [illegible] *British Medical Journal.* p. 1237.

[illegible] war 27 Jahre alt.

JAMES DONELAN.

[illegible] **über den Kehlkopfkrebs. (Tapasz** [illegible] *Gégészet.* No. 1.

[illegible] sondern sofortige [illegible] empfohlen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

[illegible] **Verfahren zur Entfernung maligner Geschwülste** [illegible] **procedures in excision of intrinsic malignant** [illegible] *Rhinology and Laryngology.* Juni

[illegible] American Laryngological

EMIL MAYER.

[illegible] Behandlung des Kehlkopfkrebses. Treatment of cancer [illegible]

[illegible]

[illegible] Die Totalexstirpation des Kehlkopfes in zwei Zeiten [illegible]

[illegible] November 1907 [illegible] waren [illegible] der Trachea [illegible] vom unteren Rand des Ringknorpels [illegible] Blutstillung [illegible] in der Mitte [illegible] sehr vereinfacht [illegible] der Membrana crico-trachealis [illegible] wird die hintere Trachealwand [illegible] Verletzung des Oesophagus [illegible] einen kleinen Spalt zwischen [illegible] In diesen Spalt führt man [illegible] werden muss. [illegible] das den Larynx von der Trachea [illegible] die II. Zeit: Exstirpation des Larynx [illegible] vom Zungenbein entspringenden Muskeln [illegible] mittels Nasensonde.

[illegible] Carcinom des Larynx und Grawitz'sche Tumoren der Nieren [illegible] München 1908.

Die [illegible] beweist das multiple Vorkommen [illegible] in dem gleichen Organismus.

[illegible] O. Chiari (Wien). Uebersicht über 88 Fälle von Thyreotomien, partiellen und totalen Exstirpationen des Larynx wegen Carcinom. [illegible] des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses [illegible] Nr. 16. 1908.

Mittheilung von 12 neuen Fällen, von denen [illegible] an der Klinik, [illegible] in privaten Sanatorien operirt wurden, in Ergänzung der in der Zeitschrift für klin. Medicin [illegible] und in den Archives internat. de Laryng. Paris [illegible] Fällen [illegible]

Von den letzten 22 ab 1. Juni 1906 (hiervon 10 in den Archives beschrieben) operirten Fällen trat der Tod in Folge der Operation nach Thyreotomie zweimal durch Herzschwäche ein. Die 7 übrigen blieben bisher gesund. Die 3 halbseitigen Exstirpationen hatten günstigen Erfolg und blieben bisher redivfrei.

HANSZEL.

111) **J. Sendziak** (Warschau). **Die Frage der Radicalbehandlung des Kehlkopfkrebses in den letzten 50 Jahren (1858—1908).** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 4. 1908.*

Der für den Wiener internationalen Laryngo-Rhinologencongress bestimmte Vortrag enthält zunächst einen historischen Ueberblick über die Wandlung der Anschauungen bezüglich der Therapie des Larynxcarcinomes, über die verschiedenen chirurgischen Maassnahmen und deren endgültigen Ausbau. Die Schlüsse des Autors, die sich auf eine aus der Literatur gesammelte Statistik von 1002 Fällen stützen, gipfeln darin, dass die operative Behandlung des Kehlkopfkrebses die rationellste therapeutische Methode sei, dass für die frühzeitigen Formen die Laryngofissur (Thyreotomie), für die Recidive oder vorgeschrittene Fälle die partielle oder totale Laryngektomie die relativ günstigsten Resultate zeitige.

HECHT.

112) **A. Veit. Zur Behandlung der chronischen Stenosen der Luftröhre.** *Diss. Bonn 1906.*

Nach Berücksichtigung der ätiologischen Momente beschreibt V. die Dilatationsverfahren und dann die operativen Methoden. Für grössere Luftröhrendefecte ist die von Mangoldt'sche Chondroplastik empfehlenswerth und den übrigen operativen Verfahren, beispielsweise der circulären Resection mit primärer Naht, vorzuziehen. Eine Krankengeschichte. Zusammenstellung der Literatur.

OPPIKOFER.

113) **Nowotny** (Krakau). **Ueber Tracheo- und Bronchostenosen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 287.*

Ausführlicher Bericht über die auf der Klinik von Prof. Pieniazek seit 1894 beobachteten Tracheal- und Bronchialstenosen in Folge von Sklerom, Aneurysma, vergrösserten Lymphdrüsen, Syphilis und Diphtherie.

F. KLEMPERER.

114) **W. E. Sauer. Fibrom der Trachea. (Fibroma of the trachea.)** *St. Louis Interstate Medical Journal. Juni 1908.*

Der Fall betrifft einen 74jährigen Mann.

EMIL MAYER

115) **Kahler. Zur Kenntniss des Trachealsarkoms.** (Aus der k. k. Universitätsklinik f. Kehlkopf- und Nasenkrankheiten des Hofrath Chiari in Wien.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener med. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Sarkome der Trachea sind selten. Beschreibung eines Falles von Spindelzellensarkom in der Grösse einer Kirsche in der Höhe des siebenten Trachealringes mittelst Tracheofissur entfernt. Jetzt $2^1/_2$ Jahre post operationem recidivfrei. Metaplastische Entstehung von Plattenepithel.

HANSZEL.

f. Schilddrüse.

116) **Hermann Faholke. Beobachtungen über Schilddrüse und Nebenschilddrüsen. (Observations on the thyreoid and the parathyreoids.)** *Journal American Medical Association. 4. Juni 1908.*

Schilddrüse und Nebenschilddrüsen unterscheiden sich in embryologischer, anatomischer und functioneller Hinsicht. Die Entfernung aller Nebenschilddrüsen beim Menschen hat Tetanie und Tod zur Folge; die Entfernung der Schilddrüse die unter dem Bild der Cachexia strumipriva verlaufenden Erscheinungen. Auf Grund von Erdheim's Versuchen an Ratten ist Verf. der Ansicht, dass die Tetanie stets die Folge der Zerstörung der Parathyroiddrüsen ist und er war in 3 Fällen von Tetanie nach Strumectomie im Stande, zu constatiren, dass die Parathyroiddrüsen fehlten oder zerstört waren. Der Tod nach Parathyreodectomie kann durch Parathyroidfütterung eine Zeit lang hingehalten und acute Tetanie völlig verhindert werden (Halster, McCallum, Beebe und Rogers). Nach Entfernung der Schilddrüse verändern die Parathyroiddrüsen niemals ihre Structur und treten niemals functionell für die Schilddrüse ein.

EMIL MAYER.

117) **Notiz des Herausgebers. Die Parathyroiddrüsen. (The parathyroids.)** *Journal American Medical Association. 6. Juni 1908.*

Ein Resumé unserer durch die neueren Untersuchungen so wesentlich geförderten Anschauungen über die Natur und Function der Parathyroiddrüsen. Es wird daran erinnert, dass die Tetanie nach Verlust der Drüsen auf verminderte Retention von Calciumsalzen im Organismus zurückgeführt wird und dass daher durch Darreichung eines solchen Salzes Besserung erzielt wurde. Philip Geis hat bei 12 Individuen 37 Parathyroiddrüsen studirt und darauf aufmerksam gemacht, dass man bei Strumectomien auch die in jene Drüsen eintretenden Blutgefässe schonen müsse; am sichersten sei es für diesen Zweck, bei der Operation von oben nach unten vorzugehen.

EMIL MAYER.

118) **S. B. Beebe. Physiologie des Morbus Basedow. (Physiology of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Record. 15. Juni 1907.*

Verf. bespricht unter Anderem den Unterschied zwischen den Folgen der Entfernung der Thyroidea und der Parathyroideae; er schildert seine in Gemeinschaft mit Rogers ausgeführten Versuche, Thiere durch Fütterung mit Parathyroid-Nucleoproteiden nach der Entfernung der Parathyroideae eine Zeit lang am Leben zu erhalten. Niemals gelang dies länger als drei Wochen. Dass der Tod in Folge Toxämie eintrat, geht daraus hervor, dass bei parathyreodectomirten Thieren nach reichlicher Fleischfütterung früher Convulsionen eintreten, als bei gesunden Thieren. Verf. bespricht auch den Stoffwechsel parathyreodectomirter Thiere.

LEFFERTS.

119) **Andrew T. Mc. Cosh. Zwei Fälle von Morbus Basedow. (Two cases of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 14. März 1908.*

Verf. empfiehlt auf Grund von 20 operirten Fällen die chirurgische Behandlung. In den Frühstadien der Erkrankung ist die postoperative Mortalität sehr ge-

ring. In Dreiviertel der Fälle tritt Besserung, in der Hälfte Heilung ein. Die Mortalität der Operation beträgt 6—10pCt. Verf. entfernt jetzt circa 75 pCt. der Drüse. Adhäsionen und Gefässreichtum waren bei Basedowkröpfen grösser als bei gewöhnlichen Strumen.

LEFFERTS.

120) **Mouriquand** und **Bouchert** (Lyon). **Rheumastismus und Morbus Basedow. (Rhumatisme et maladie de Basedow.)** *Société médicale des hôpitaux. 27. December 1908.*

Verf. treten der Ansicht Vincent's bei, der auf den Zusammenhang zwischen Rheumatismus und Morbus Basedow hingewiesen hat; bei einem Drittel der Basedowkranken haben sie in der Ascendenz Rheumatismus nachweisen können. Sie theilen einen Fall mit, in dem im Verlauf eines Rheumatismus ein acuter und tödlich endender Basedow einsetzte.

GONTIER de la ROCHE.

g. Oesophagus.

121) **J. O. M. Reynolds. Bericht über einen Fall von acuter Masteiditis mit ausgedehnter Zerstörung des Oesephagus, Ruptur desselben und profuser Blutung in den linken Pleuraraum, den Magen und das Mediastinum. (Report of a case of acute mastoiditis complicated by an extensive destruction of the esophagus with rupture of the esophagus leading to the profuse hemorrhage into the left pleural cavity, the stomach and mediastinum.)** *The Laryngoscope. August 1907.*

Die Ruptur erfolgte am Tage nach der Mastoidoperation. Bei Eröffnung der Brusthöhle fand sich die rechte Seite normal; der linke Pleuraraum mit geronnenem Blut erfüllt, communicirte durch die Ruptur mit dem Oesophagus; letzterer zeigte an dieser Stelle eine grosse Ulceration.

EMIL MAYER.

122) **G. Ellermann. Ueber Cardiospasmus.** *Dissert. Bonn 1906.*

E. empfiehlt, gestützt auf eine eigene Beobachtung, bei Cardiospasmus die forcirte Dehnung der Cardia vom Magen aus.

OPPIKOFER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Leo Katz** (Kaiserslautern). **Die Krankheiten der Nasenscheidewand und ihre Behandlung.** Curt Kabitzsch (A. Schuber's Verlag), Würzburg.

Das Buch hat 170 Seiten. Es besitzt den Nachtheil aller Abhandlungen, welche sich mit den Krankheiten nur eines Theiles eines Organs befassen, es muss nothwendig viel Raum der Berücksichtigung dieses Organs als Ganzes gewidmet werden, so dass es für den Schriftsteller schwer ist, trotz aller Zurückhaltung, sich auf das von ihm gewählte Thema zu beschränken. Katz hat sich in dieser Hinsicht nicht viel Mühe gegeben, und es wird daher der Stoff seiner Wahl: die Nasenscheidewand, oft von Nebensächlichem verdrängt, während er die Neigung hat, mit der Sache nur entfernt Verbundenes ausführlich und mit Eifer darzu-

stellen, falls es Dinge sind, in welchen er besondere Erfahrungen hat. Es ist daher das Katz'sche Buch nicht ein regelmässig aufgebautes, ausführlich alle Einzelheiten enthaltendes Nachschlagewerk für Specialisten, wie man berechtigter Weise aus dem Titel schliessen würde, sondern eine ungleiche Zusammenstellung weitläufiger, bisweilen nur entfernt zur Sache gehörender Erwägungen, verbunden mit oft sehr kargen Beschreibungen dieser Sache selbst. Ein Fehler des Buches ist auch der Mangel einer genügenden Zahl den Inhalt erklärender Bilder.

In einer Einleitung, in welcher das knöcherne Septum eine „von der Schädelbasis belastete Strebewand" genannt wird, wird diese angebliche Belastung und die dadurch verlangte Stärke dieser Strebewand als Grund für den knöchernen Aufbau des hinteren Scheidewandabschnittes aufgeführt, im Gegensatze zur knorpeligen Consistenz des vorderen Theils des Septums, welcher deshalb nur knorpelig sein soll, weil er bloss für den Nasenrücken als Stütze diene.

Die Schädelbasis ruht doch auf der Wirbelsäule und belastet diese vermittelst des Hinterhauptbeins. Die Nasenscheidewand, die Oberkiefer und die Gaumenbeine bilden einen sich nach unten erstreckenden Fortsatz der Schädelbasis, welcher frei von ihr nach abwärts ragt, auf nichts ruht und folglich nicht als Träger einer Last wirksam ist. Es giebt daher keine „Belastung der knöchernen Scheidewand durch die Schädelbasis" und diesem starkgefügten Knochenbau würde die zerbrechliche Scheidewand kaum als Stütze dienen können. Was das knorpelige Septum betrifft, so ist es augenscheinlich deshalb knorpelig, damit es durch seine elastische Biegsamkeit äusseren Gewalten ausweichen kann.

In der Beschreibung der Untersuchung der Nasenscheidewand wird, nach dem gewöhnlichen Brauche, die Einführung des Speculums als Anfang der Besichtigung der Nasenhöhle angegeben. Ich möchte hier auf die Wichtigkeit des Beginns der Inspection bei natürlicher Lage der Nasenflügel ohne Spreizung mit dem Speculum hinweisen. Auf diese Weise werden durch Scheidewandverbiegungen oder Verdickungen erzeugte Stenosen des Naseneingangs entdeckt, welche durch die Erweiterung des Nasenvorhofs mit dem Speculum aufgehoben und deshalb übersehen werden. Als Voract für diese Untersuchung ohne Speculum ist es bisweilen nothwendig, die das Sehen hindernden Nüsternhaare wegzuschneiden.

Zur Beleuchtung wird von Katz die meiner Ansicht nach für die Erhellung der tieferen Theile der Nasenhöhle unentbehrliche Kirstein'sche Stirnlampe nicht erwähnt und anstatt derselben eine Lampe empfohlen, welche nicht wie die von Kirstein nach dem Princip des „leuchtenden Auges" gemacht ist und folglich den Nasenhintergrund im Dunkeln lässt. Das Modell, welches Katz empfiehlt, habe ich deshalb schon vor Jahren aufgegeben.

Zur Localanästhesie gebraucht Katz Alypin und Novocain und betrachtet das Cocain als schon durch diese neueren Mittel verdrängt. Sie sind meiner Ansicht nach nur ein unzuverlässiger Ersatz für Cocain und nicht geeignet, dieses ideale, tiefwirkende örtliche Betäubungsmittel in Vergessenheit zu bringen. Wird das Cocain in fester Form in Gestalt von feinsten Krystallen mit Adrenalin befeuchtet aufgetragen, so wird so gut wie niemals Intoxication vorkommen, weil man in solcher Concentration mit kleinsten Mengen des Cocains eine viel tiefere Anästhesie erzielt, wie mit viel grösseren in den üblichen Lösungen.

In dem Abschnitt über die Difformitäten der Nasenscheidewand wird das Nebenthema der nasalen Reflexneurosen zu ausführlich erörtert.

Die Spinae zerstört K. mit dem Spitzbrenner oder schneidet sie mit dem Moure'schen Messer ab. Leisten, welche nicht mit Deviation verbunden sind, meisselt er weg. Meiner Erfahrung nach kann man lange suchen, bis man eine derartige Spina findet. Früher fand auch ich manchen Vorsprung am Septum, welcher mir eine von der geraden Scheidewand entspringende Leiste zu sein schien und ich meisselte auch solche weg, bis mir die ungenügende Vergrösserung des Luftstroms, unerwartete Perforationen, und vor Allem genauere Besichtigung der Scheidewand im anderen Nasenloche mir zeigten, dass fast alle Leisten nur Bestandtheile von Verbiegungen sind, und mit diesen durch die submucöse Resection entfernt werden müssen, ehe man genügend freie Bahn durch das verengte Nasenloch bekommt.

Für die Geraderichtung der Nasenscheidewandverbiegungen gebraucht K. ausschliesslich die submucöse Resection nach Killian. Er betrachtet sie als einen „kleinen rhinologischen Eingriff", der in 15 bis 30 Minuten zu machen sei. Wer die Operation gründlich ausführt, mit gänzlicher Entfernung der fast in jedem Falle vorhandenen knöchernen Verbiegung, einschliesslich der fast immer umgebogenen Crista incisiva und des vorderen, am Nasenboden liegenden Theils des Vomers, wird die submucöse Resection nicht als eine unbedeutende rhinologische Manipulation, sondern als eine chirurgische Operation betrachten, deren schonende Ausführung meiner Erfahrung nach meistens eine Stunde erfordert, wenn man nicht durch zu rasches und unüberlegtes Vorgehen Perforationen und andere Nebenverletzungen erzeugen will.

Wer meint, mit dem Herausschneiden einer Knorpelscheibe mit dem Drehmesser und dem Abmeisseln des hervorragendsten Theils der knöchernen Verbiegung als „Leiste" eine submucöse Resection gemacht zu haben, der kann allerdings in geeigneten Fällen in wenigen Minuten fertig werden.

Zum Schluss sagt Katz, es sei erstaunlich, mit wie wenigen Instrumenten man bei der submucösen Resection auskommen könne und dass „in der Beschränkung sich erst der Meister zeige". Für den in dem Verfahren Unerfahrenen klingt dieser Ausspruch sehr überzeugend. Wer aber oft Resectionen macht, wird bald finden, dass die vielen Besonderheiten der Verbiegungen eine gute Auswahl ihnen angepasster Instrumente verlangen und dass es kein Vorzug sei, mit entweder ungenügendem oder unzweckmässigem Apparate das leisten zu wollen, was der Erfahrene nur mit klug ersonnenem Werkzeug vollbringen kann. Eben weil sie mit unpassenden Instrumenten und unzureichenden Operationsmethoden anfingen und deshalb viele Perforationen machten, haben manche Specialisten in Amerika leider die submucöse Resection schon aufgegeben, und einige prophezeien sogar das Verlassen dieser unübertrefflichen Operation.

Bei der Beschreibung der Brüche der Scheidewand wird auf die geschützte Lage des knöchernen Septums hingewiesen, welche Knochenbrüche desselben, ausser durch Gesichts- und Nasenknochen zertrümmernde Gewalt, unmöglich machen. Die grosse Seltenheit von Brüchen des Scheidewandknorpels, ohne zur gleichen Zeit vorkommende Brüche der Nasenbeine, wird betont.

Das Capitel über die Tuberculose der Nasenscheidewand behandelt die Nasentuberculose und den Lupus im Allgemeinen und zwar sehr weitläufig. K. wirft die Frage auf, ob es eine primäre, direct in die Schleimhaut eingeimpfte Tuberculose gebe und kommt zu einem bejahenden Schluss, betrachtet aber als die Norm die lymphogene oder hämatogene Infection. Wäre diese das Gewöhnliche, so würde die Nasentuberculose meist in der Tiefe in dem knöchernen Gerüste der Nase beginnen, während doch Nasentuberculose und Lupus fast immer, als ob direct eingeimpft, in der Oberfläche der Schleimhaut anfangen.

Unter den Behandlungsmethoden wird die so gute Dienste leistende Resection des mit Tuberculose behafteten Theils der Nase mit Messer und schneidender Zange nicht erwähnt.

Der Abschnitt über Syphilis der Nasenscheidewand enthält eine lange Abhandlung über die Syphilis überhaupt, einschliesslich der Spirochaeta pallida. K. sagt bei Besprechung der Coryza syphilitica hereditaria der Neugeborenen, dass sie meist nur eine Begleiterscheinung der Erkrankung der knöchernen Scheidewand sei. Der allgemeinen Auffassung zufolge ist doch der syphilitische Schnupfen der Säuglinge nur ein oberflächlicher Katarrh der Nasenschleimhaut, welcher nur selten mit Knochenerkrankung verbunden ist.

Das Capitel über die malignen Geschwülste der Nasenscheidewand bringt Bekanntes in guter fasslicher Form.

Unter dem Titel: „Die circumskripten Entzündungen der Nasenscheidewand“ fasst K. die Perichondritis, das Haematoma, den Abscess und das Ulcus perforans zusammen, und sagt, dass sie nur verschiedene Formen desselben Processes seien. Da das Ulcus septi ein an der Oberfläche beginnendes, in die Tiefe dringendes Geschwür und das Haematoma und der Septumabscess in der Tiefe beginnende, die Knorpelhaut abhebende Blut- und Eiteransammlungen sind, so scheinen sie doch pathologisch zu verschieden zu sein, um als Phasen eines einzigen Vorgangs zu gelten und meiner Ansicht nach sind sie ihrem Verlauf und Wesen nach grundverschiedene Dinge.

Eine wichtige Folge des Septumabscesses erwähnt K. nicht: die von ihm oft erzeugte Schrumpfung und Knickung der erweichten knorpligen Scheidewand, welche ein Einsinken des Nasenrückens und bedeutende Entstellung verursacht, falls die Knorpelhautentzündung weit genug nach vorn reicht, um den knorpeligen Nasenrücken anzugreifen.

Durch bessere Beschränkung auf sein Thema und eine grössere Bilderzahl wird dieses, trotz seiner Fehler interessante Werk in künftigen Auflagen sehr gewinnen. Otto Freer (Chicago).

---

b) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. April 1908.

Gyergyai (a. G.) spricht über einen Fall von Auftreibung der Oberkieferhöhle nach vorn und unten bei einem 8jährigen Mädchen, die, wie die Operation zeigte, durch eine durch den mittleren Nasengang in die Nase durch-

gebrochene Cyste hervorgerufen war und eine Sinusitis cum dilatatione vorgetäuscht hatte.

Finder berichtet über einen Fall von Kehlkopftuberculose und Gravidität. Die 24 jährige Patientin hat innerhalb $2^1/_2$ Jahren drei Schwangerschaften überstanden, von denen die erste künstlich unterbrochen wurde, die zweite zu einem normalen Ende mit Geburt eines gesunden Kindes führte und die dritte spontan unterbrochen wurde, ohne dass eine Verschlechterung des Larynxbefundes eingetreten wäre, vielmehr ist derselbe weit günstiger als im Anfang.

Davidsohn erwähnt einen Fall, in dem während der Schwangerschaft und nach einem Abort im 5. Monat die Larynxtuberculose sich besserte resp. nicht verschlechterte.

Herzfeld zeigt verschiedene Instrumente (Meissel, Scheere, Feile), die er bei submucöser Septumresection, Entfernung von Leisten u. s. w. benutzt.

Jansen führt die submucöse Septumresection schon seit 15 Jahren aus. Er legt den Knorpel frei und macht durch ihn einen Kreuzschnitt, hebt ihn von der Schleimhaut der anderen Seite ab und entfernt die vier Enden mittelst seines „Knipsers". Weiter benutzt er für den knöchernen Theil Hohlflachmeissel. Zum Schluss legt er eine Naht an.

Levinstein: Histologie der Seitenstränge und Granula bei der Pharyngitis lateralis und granulosa.

Beim Granulom finden wir Schleimdrüsen und an der Oberfläche mündenden Ausführungsgang; um ihn Ansammlung zahlreicher Lymphocyten, auf ihnen zum Theil verdünntes, zum Theil durchwandertes Epithel. Bei der Pharyngitis lateralis erhebliche lymphatische Infiltration des Bindegewebes, darunter ein sehr starkes Packet von Schleimdrüsen, darüber eine zum Theil verdünnte, zum Theil durchwanderte und von Schleimdrüsenausführungsgängen durchbohrte Epitheldecke. Zwischen Granula und Seitenstrang besteht also nur ein gradueller Unterschied, insofern bei letzterem die Lymphocyteninfiltration einen erheblich höheren Grad erreicht.

Jansen zeigt eine Reihe von Röntgenbildern von Nasennebenhöhlen, die die Schwierigkeit der Diagnose demonstriren.

Sitzung vom 15. Mai 1908.

Lebram stellt einen Patienten mit ulcerirendem Plattenzellencarcinom der Tonsille vor, das eine Zeit lang durchaus den Eindruck einer syphilitischen Affection machte.

Rosenthal zeigt eine Kranke, bei der wegen ausgebreiteter Kehlkopftuberculose nach mehreren endolaryngealen Eingriffen die Laryngofissur und Heissluftkauterisation angewendet wurde. Nach 3 Monaten Recidiv an der hinteren Wand.

Holländer ist mit dem Erfolg zufrieden, weil die schwere Athemnoth, an der Pat. litt, bis jetzt beseitigt ist. In einem anderen Falle schwerer Kehlkopftuberculose hat er nach Spaltung des Larynx diesen ebenfalls ausgebrannt und damit alles Krankhafte entfernt. Vernarbung erzielt.

E. Meyer, der diesen Patienten gesehen, bestätigt dies. In dem vorgestellten Falle könnte es sich wohl um Lupus gehandelt haben.

Rosenberg ist derselben Meinung.

Levinstein demonstrirt einen Patienten mit einer Tonsilla succenturiata, die von der Plica salpingo-pharyngea bis zur Mittellinie des Rachens reicht.

Grabower zeigt das Präparat eines Oesophaguscarcinoms von dem in der vorletzten Sitzung vorgestellten Patienten; es war in die Trachea durchgebrochen und hatte eine Recurrenslähmung gemacht; man sieht die Postici und Vocales degenerirt.

Alexander demonstrirt die mikroskopischen Präparate von hinteren Enden der unteren Muscheln, die die als Epitheldrüsen beschriebenen Gebilde zeigen, seiner Meinung nach aber solche nicht sind.

Lennhoff zeigt eine Zange zur Entfernung von Resten von adenoiden Vegetationen.

Katzenstein demonstrirt eine Halselektrode, deren federnder Bügel aus isolirendem Material hergestellt ist.

E. Meyer: Die submucöse Septumresection.

Er macht sie im Wesentlichen nach Killian's Angaben, aber mit den Freer'schen Instrumenten. Anästhesie mit Cocain, bei Kindern mit Novocain. Der Hajek'sche Schnitt ist nur zu empfehlen bei Subluxationen, der Freer'sche bei starken Leisten. Den Killian'schen Schnitt verlängert er bis auf den Nasenboden oder auch lateralwärts bis an die untere Muschel. Statt mit dem Killian-schen Speculum lässt er die abgelösten Schleimhautblätter mittelst zweier langer, stumpfer Haken auseinanderhalten. Zur Resection des Knorpels benutzt er das Ballenger'sche Messer; zu der des Knochens den Meissel. Man soll nur so viel fortnehmen, als zur Erreichung eines guten functionellen Resultates nöthig ist. Der Vomer wird nach Killian's Vorschrift eventuell entfernt. Eine Naht ist überflüssig. Nach der Operation Tamponade. Auch bei mit Nebenhöhleneiterung complicirten Fällen gab es immer eine prima intentio.

Die Indicationsstellung ist genau zu erwägen, im Ganzen wird zu viel operirt. Besteht bei Nasenstenose neben der Deviation eine Muschelschwellung, so ist die Beseitigung der letzteren event. der Resectiou des Septum vorzuziehen.

Halle: Absolut indicirt ist die Operation bei Verhinderung der Nasenathmung, Erschwerung eines endonasalen Eingriffes bei Nebenhöhlenempyem, reflectorischen Reizen auf andere Organe und verengenden Subluxationen; eine relative Indication besteht bei gleichzeitiger Muschelschwellung. H. hat in $4^1/_2$ Jahren 500 Septumresectionen vorgenommen.

Er verlängert den Killian'schen Schnitt nach unten und vorne oben; er beginnt am Boden und steigt nach vorne oben bogenförmig auf; zur Resection benutzt er das Ballenger'sche Messer. An der Tubercula septi finden sich manchmal enorme Verdickungen, die zu verschmälern sind.

Bei Subluxation legt er den Schnitt möglichst nach vorne zwischen subluxirtem Knorpel und seiner indifferenten Zone (wo er gerade steht); Abheben

[illegible] Cyste hervorgerufen war und eine Sinusitis cum dilatatione [illegible]

[illegible] berichtet über einen Fall von Kehlkopftuberculose u[illegible] Die 24jährige Patientin hat innerhalb $2^1/_2$ Jahren drei S[illegible] von denen die erste künstlich unterbrochen [illegible] normalen Ende mit Geburt eines gesunden Kindes fü[illegible] wurde, ohne dass eine Verschlechterung [illegible] wäre, vielmehr ist derselbe weit günstiger als i[illegible]

[illegible] erwähnt einen Fall, in dem während der Schwa[illegible] im 5. Monat die Larynxtuberculose sich besse[illegible]

[illegible] verschiedene Instrumente (Meissel, Sche[illegible] Septumresection, Entfernung von Leisten u. s. [illegible]

[illegible] submucöse Septumresection sch[illegible] den Knorpel frei und macht durch ihn einen Kre[illegible] der anderen Seite ab und entfernt die [illegible] Weiter benutzt er für den knöchernen Th[illegible] Naht an.

[illegible] Histologie der Seitenstränge und [illegible] granulosa.

[illegible] Schleimdrüsen und an der [illegible] Ansammlung zahlreicher [illegible] durchwandertes Epithel. [illegible] Infiltration des Bindegew[illegible] Schleimdrüsen, darüber eine zum Th[illegible] Schleimdrüsenausführungsgäng[illegible] Seitenstrang besteht also [illegible] Lymphocyteninfiltration [illegible]

[illegible] Reihe von Röntgenbildern [illegible] Diagnose demonstriren.

Sitzung vom 15. Mai 19[illegible]

[illegible]

elhyper-
sthesirung
Operation
: der erste
gert; manchmal kann
concaven Seite liegen
Leisten ohne erhebliche
eines breiten Schleim-

vom Septum reseciren kann,

Septumresection aus und fragt
kommen.
tion nach der Operation.
Operation entstehen sehen.
spruch für die Art der Operation
Knorpelstücks. Die Zahl der
onen gemacht hat, beläuft sich auf
schnittlich 7—15 Minuten.
ricter Indication vorzunehmen. Bei
diese zu beseitigen. Für die Anästhe-
lung von Cocain vorzuziehen. Ein
Fälle. Perforationen passiren nur
mente verwenden. Postoperative
A. Rosenberg.

n.

os*).

Breisgau) einen Vor-
ka.

einem Nachruf für die
ndt.

r die Beleuchtungsprinci-

doskope, bei denen Licht von einem in
stigten Glühlämpchen ohne Condensator ge-

erscheinen ausführlich bei O. Kabitsch (A. Stuber),

[illegible] röhren-
[illegible] zu [illegible] ertenden
[illegible] ziemlich
[illegible] Linden-
[illegible] Normale der
[illegible] und die Entfernung
[illegible] Glüh-
[illegible] der Entfernung
[illegible] die Be-
[illegible] Bei Wahl
[illegible] Das Prinzip des
[illegible]

[illegible] So
[illegible] — Für cysto-
[illegible] für die Syringo-
[illegible] durch metho-
[illegible] zur Linsenlampe
[illegible] sie lässt
[illegible] des Gesichtsfeldes
[illegible] der Strahlen
[illegible] von Aussen-
[illegible] zu gross wird.
[illegible] Beleuchtungs-
[illegible] Vorzüge.

[illegible]

[illegible] Licht-
[illegible] mit
[illegible] des
[illegible] verdeckter
[illegible]
[illegible] Ende des
[illegible] innerhalb der
[illegible] fläche
[illegible] nach
[illegible] Querschnitts.

[illegible] den Vortrag für
[illegible] grösseren Helligkeit.
[illegible] Leichte
[illegible] Wohl-

[illegible] Brünings [illegible] verfehlt [illegible] Endoskopie [illegible] und mehrere [illegible] nach [illegible] Brünings [illegible] gemacht hat [illegible] Beschränkung ist [illegible]
Es ist daher der [illegible] gewährt [illegible] Discussion [illegible]

ien im klinischen Verlaufe der Ocu-
ungen.

im Schläfenlappen einigermassen gross wird,
culomotorius an der Schädelbasis und führt
g dieses Nerven herbei. Stets erliegen zuerst
Heber des oberen Lides versorgen, oder die-
ziehen, oder diese beiden Faserzüge zusammen,
Mydriasis, oder Ptosis und Mydriasis entsteht, wäh-
versorgten, den Bulbus bewegenden Muskeln, wenn
mt werden. Albert Krapp hat gezeigt, dass die
bei Tumoren des Schläfenlappens beobachtet wird.
1894 ein Analogon für das frühzeitige Erliegen der zum
asern bei Stammschädigungen des Recurrens erkannt. Er
arum es sich hier um Stammlähmungen des Oculomotorius
nlähmungen handelt. Ferner hebt er hervor, dass die Reihen-
hl im Erliegen der einzelnen Fasern des Oculomotorius bei Kern-
ne derartige Gesetzmässigkeit zeigt. Dies legt den Gedanken nahe,
ei Kernlähmungen des Vagus die von dem Semon'schen Gesetze ge-
ebereinstimmung im Verlaufe der Stamm- und Kernlähmungen nicht zu
ist. Nachdem Arnold Cahn gezeigt hat, dass die vermeintlich bulbäre
slähmung der Tabiker in Wirklichkeit durch eine periphere Neuritis ver-
ht wird, ist die Hauptstütze für den die bulbären Lähmungen betreffenden
eil des Semon'schen Gesetzes gefallen. Wie Redner weiterhin auseinander-
etzt, ist das Semon'sche Gesetz bei Bulbäraffectionen überhaupt nicht gültig.

Discussion: Vohsen: Das primäre Erliegen der Erweiterer kann nicht als Stütze der Aufbrauchtheorie angesehen werden.

Ehrenfried weist auf die Analogie der bei Recurrenslähmung auftretenden Pendelzuckungen mit den bei Oculomotoriuslähmung auftretenden nystagmusartigen Zuckungen hin.

3. Goris (Brüssel): Radicale Operation eines beginnenden Sarkoms der Nasenscheidewand.

Kleine, sehr leicht blutende Geschwulst am knorpeligen Theil des Septums bei 24 jähriger Dame. Abtragung, Recidiv. Mikroskopischer Befund: Rundzellensarkom. Operation.

Nach Umklappen des linken Nasenflügels, die Knochentheile mit inbegriffen, lag das Operationsfeld ganz frei, und konnte die kleine Geschwulst mit ungefähr 1 cm gesundem Knorpel rund ausgeschnitten werden.

Da diese Operation eine Durchlöcherung der Wand zurückliess, wurde von der Nasenschleimhaut ein ziemlich breiter Lappen von oben nach unten gelöst, und an den Rändern der Durchlöcherung mit dünnem Catgut festgenäht und die Nase wieder geschlossen.

4. Guyot-Genf. Tumorartige Tuberculose der Nase und der Kieferhöhle.

Frau von 25 Jahren, im fünften Monat schwanger. Keine erbliche Belastung.

ring. In Dreiviertel der Fälle tritt Besserung, in der Hälfte Heilung ein. Die Mortalität der Operation beträgt 6—10pCt. Verf. entfernt jetzt circa 75 pCt. der Drüse. Adhäsionen und Gefässreichtum waren bei Basedowkröpfen grösser als bei gewöhnlichen Strumen.

LEFFERTS.

120) **Mouriquand** und **Bouchert** (Lyon). **Rheumastismus und Morbus Basedow. (Rhumatisme et maladie de Basedow.)** *Société médicale des hôpitaux. 27. December 1908.*

Verf. treten der Ansicht Vincent's bei, der auf den Zusammenhang zwischen Rheumatismus und Morbus Basedow hingewiesen hat; bei einem Drittel der Basedowkranken haben sie in der Ascendenz Rheumatismus nachweisen können. Sie theilen einen Fall mit, in dem im Verlauf eines Rheumatismus ein acuter und tödlich endender Basedow einsetzte.

GONTIER de la ROCHE

g. Oesophagus.

121) **J. O. M. Reynolds. Bericht über einen Fall von acuter Masteiditis mit ausgedehnter Zerstörung des Oesophagus, Ruptur desselben und profuser Blutung in den linken Pleuraraum, den Magen und das Mediastinum. (Report of a case of acute mastoiditis complicated by an extensive destruction of the esophagus with rupture of the esophagus leading to the profuse hemorrhage into the left pleural cavity, the stomach and mediastinum.)** *The Laryngoscope. August 1907.*

Die Ruptur erfolgte am Tage nach der Mastoidoperation. Bei Eröffnung der Brusthöhle fand sich die rechte Seite normal; der linke Pleuraraum mit geronnenem Blut erfüllt, communicirte durch die Ruptur mit dem Oesophagus; letzterer zeigte an dieser Stelle eine grosse Ulceration.

EMIL MAYER.

122) **G. Ellermann. Ueber Cardiospasmus.** *Dissert. Bonn 1906.*

E. empfiehlt, gestützt auf eine eigene Beobachtung, bei Cardiospasmus die forcirte Dehnung der Cardia vom Magen aus.

OPPIKOFER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Leo Katz** (Kaiserslautern). **Die Krankheiten der Nasenscheidewand und ihre Behandlung.** Curt Kabitzsch (A. Schuber's Verlag), Würzburg.

Das Buch hat 170 Seiten. Es besitzt den Nachtheil aller Abhandlungen, welche sich mit den Krankheiten nur eines Theiles eines Organs befassen, es muss nothwendig viel Raum der Berücksichtigung dieses Organs als Ganzes gewidmet werden, so dass es für den Schriftsteller schwer ist, trotz aller Zurückhaltung, sich auf das von ihm gewählte Thema zu beschränken. Katz hat sich in dieser Hinsicht nicht viel Mühe gegeben, und es wird daher der Stoff seiner Wahl: die Nasenscheidewand, oft von Nebensächlichem verdrängt, während er die Neigung hat, mit der Sache nur entfernt Verbundenes ausführlich und mit Eifer darzu-

stellen, falls es Dinge sind, in welchen er besondere Erfahrungen hat. Es ist daher das Katz'sche Buch nicht ein regelmässig aufgebautes, ausführlich alle Einzelheiten enthaltendes Nachschlagewerk für Specialisten, wie man berechtigter Weise aus dem Titel schliessen würde, sondern eine ungleiche Zusammenstellung weitläufiger, bisweilen nur entfernt zur Sache gehörender Erwägungen, verbunden mit oft sehr kargen Beschreibungen dieser Sache selbst. Ein Fehler des Buches ist auch der Mangel einer genügenden Zahl den Inhalt erklärender Bilder.

In einer Einleitung, in welcher das knöcherne Septum eine „von der Schädelbasis belastete Strebewand" genannt wird, wird diese angebliche Belastung und die dadurch verlangte Stärke dieser Strebewand als Grund für den knöchernen Aufbau des hinteren Scheidewandabschnittes aufgeführt, im Gegensatze zur knorpeligen Consistenz des vorderen Theils des Septums, welcher deshalb nur knorpelig sein soll, weil er bloss für den Nasenrücken als Stütze diene.

Die Schädelbasis ruht doch auf der Wirbelsäule und belastet diese vermittelst des Hinterhauptbeins. Die Nasenscheidewand, die Oberkiefer und die Gaumenbeine bilden einen sich nach unten erstreckenden Fortsatz der Schädelbasis, welcher frei von ihr nach abwärts ragt, auf nichts ruht und folglich nicht als Träger einer Last wirksam ist. Es giebt daher keine „Belastung der knöchernen Scheidewand durch die Schädelbasis" und diesem starkgefügten Knochenbau würde die zerbrechliche Scheidewand kaum als Stütze dienen können. Was das knorpelige Septum betrifft, so ist es augenscheinlich deshalb knorpelig, damit es durch seine elastische Biegsamkeit äusseren Gewalten ausweichen kann.

In der Beschreibung der Untersuchung der Nasenscheidewand wird, nach dem gewöhnlichen Brauche, die Einführung des Speculums als Anfang der Besichtigung der Nasenhöhle angegeben. Ich möchte hier auf die Wichtigkeit des Beginns der Inspection bei natürlicher Lage der Nasenflügel ohne Spreizung mit dem Speculum hinweisen. Auf diese Weise werden durch Scheidewandverbiegungen oder Verdickungen erzeugte Stenosen des Naseneingangs entdeckt, welche durch die Erweiterung des Nasenvorhofs mit dem Speculum aufgehoben und deshalb übersehen werden. Als Voract für diese Untersuchung ohne Speculum ist es bisweilen nothwendig, die das Sehen hindernden Nüsternhaare wegzuschneiden.

Zur Beleuchtung wird von Katz die meiner Ansicht nach für die Erhellung der tieferen Theile der Nasenhöhle unentbehrliche Kirstein'sche Stirnlampe nicht erwähnt und anstatt derselben eine Lampe empfohlen, welche nicht wie die von Kirstein nach dem Princip des „leuchtenden Auges" gemacht ist und folglich den Nasenhintergrund im Dunkeln lässt. Das Modell, welches Katz empfiehlt, habe ich deshalb schon vor Jahren aufgegeben.

Zur Localanästhesie gebraucht Katz Alypin und Novocain und betrachtet das Cocain als schon durch diese neueren Mittel verdrängt. Sie sind meiner Ansicht nach nur ein unzuverlässiger Ersatz für Cocain und nicht geeignet, dieses ideale, tiefwirkende örtliche Betäubungsmittel in Vergessenheit zu bringen. Wird das Cocain in fester Form in Gestalt von feinsten Krystallen mit Adrenalin befeuchtet aufgetragen, so wird so gut wie niemals Intoxication vorkommen, weil man in solcher Concentration mit kleinsten Mengen des Cocains eine viel tiefere Anästhesie erzielt, wie mit viel grösseren in den üblichen Lösungen.

In dem Abschnitt über die Difformitäten der Nasenscheidewand wird das Nebenthema der nasalen Reflexneurosen zu ausführlich erörtert.

Die Spinae zerstört K. mit dem Spitzbrenner oder schneidet sie mit dem Moure'schen Messer ab. Leisten, welche nicht mit Deviation verbunden sind, meisselt er weg. Meiner Erfahrung nach kann man lange suchen, bis man eine derartige Spina findet. Früher fand auch ich manchen Vorsprung am Septum, welcher mir eine von der geraden Scheidewand entspringende Leiste zu sein schien und ich meisselte auch solche weg, bis mir die ungenügende Vergrösserung des Luftstroms, unerwartete Perforationen, und vor Allem genauere Besichtigung der Scheidewand im anderen Nasenloche mir zeigten, dass fast alle Leisten nur Bestandtheile von Verbiegungen sind, und mit diesen durch die submucöse Resection entfernt werden müssen, ehe man genügend freie Bahn durch das verengte Nasenloch bekommt.

Für die Geraderichtung der Nasenscheidewandverbiegungen gebraucht K. ausschliesslich die submucöse Resection nach Killian. Er betrachtet sie als einen „kleinen rhinologischen Eingriff", der in 15 bis 30 Minuten zu machen sei. Wer die Operation gründlich ausführt, mit gänzlicher Entfernung der fast in jedem Falle vorhandenen knöchernen Verbiegung, einschliesslich der fast immer umgebogenen Crista incisiva und des vorderen, am Nasenboden liegenden Theils des Vomers, wird die submucöse Resection nicht als eine unbedeutende rhinologische Manipulation, sondern als eine chirurgische Operation betrachten, deren schonende Ausführung meiner Erfahrung nach meistens eine Stunde erfordert, wenn man nicht durch zu rasches und unüberlegtes Vorgehen Perforationen und andere Nebenverletzungen erzeugen will.

Wer meint, mit dem Herausschneiden einer Knorpelscheibe mit dem Drehmesser und dem Abmeisseln des hervorragendsten Theils der knöchernen Verbiegung als „Leiste" eine submucöse Resection gemacht zu haben, der kann allerdings in geeigneten Fällen in wenigen Minuten fertig werden.

Zum Schluss sagt Katz, es sei erstaunlich, mit wie wenigen Instrumenten man bei der submucösen Resection auskommen könne und dass „in der Beschränkung sich erst der Meister zeige". Für den in dem Verfahren Unerfahrenen klingt dieser Ausspruch sehr überzeugend. Wer aber oft Resectionen macht, wird bald finden, dass die vielen Besonderheiten der Verbiegungen eine gute Auswahl ihnen angepasster Instrumente verlangen und dass es kein Vorzug sei, mit entweder ungenügendem oder unzweckmässigem Apparate das leisten zu wollen, was der Erfahrene nur mit klug ersonnenem Werkzeug vollbringen kann. Eben weil sie mit unpassenden Instrumenten und unzureichenden Operationsmethoden anfingen und deshalb viele Perforationen machten, haben manche Specialisten in Amerika leider die submucöse Resection schon aufgegeben, und einige prophezeien sogar das Verlassen dieser unübertrefflichen Operation.

Bei der Beschreibung der Brüche der Scheidewand wird auf die geschützte Lage des knöchernen Septums hingewiesen, welche Knochenbrüche desselben, ausser durch Gesichts- und Nasenknochen zertrümmernde Gewalt, unmöglich machen. Die grosse Seltenheit von Brüchen des Scheidewandknorpels, ohne zur gleichen Zeit vorkommende Brüche der Nasenbeine, wird betont.

Das Capitel über die Tuberculose der Nasenscheidewand behandelt die Nasentuberculose und den Lupus im Allgemeinen und zwar sehr weitläufig. K. wirft die Frage auf, ob es eine primäre, direct in die Schleimhaut eingeimpfte Tuberculose gebe und kommt zu einem bejahenden Schluss, betrachtet aber als die Norm die lymphogene oder hämatogene Infection. Wäre diese das Gewöhnliche, so würde die Nasentuberculose meist in der Tiefe in dem knöchernen Gerüste der Nase beginnen, während doch Nasentuberculose und Lupus fast immer, als ob direct eingeimpft, in der Oberfläche der Schleimhaut anfangen.

Unter den Behandlungsmethoden wird die so gute Dienste leistende Resection des mit Tuberculose behafteten Theils der Nase mit Messer und schneidender Zange nicht erwähnt.

Der Abschnitt über Syphilis der Nasenscheidewand enthält eine lange Abhandlung über die Syphilis überhaupt, einschliesslich der Spirochaeta pallida. K. sagt bei Besprechung der Coryza syphilitica hereditaria der Neugeborenen, dass sie meist nur eine Begleiterscheinung der Erkrankung der knöchernen Scheidewand sei. Der allgemeinen Auffassung zufolge ist doch der syphilitische Schnupfen der Säuglinge nur ein oberflächlicher Katarrh der Nasenschleimhaut, welcher nur selten mit Knochenerkrankung verbunden ist.

Das Capitel über die malignen Geschwülste der Nasenscheidewand bringt Bekanntes in guter fasslicher Form.

Unter dem Titel: „Die circumskripten Entzündungen der Nasenscheidewand" fasst K. die Perichondritis, das Haematoma, den Abscess und das Ulcus perforans zusammen, und sagt, dass sie nur verschiedene Formen desselben Processes seien. Da das Ulcus septi ein an der Oberfläche beginnendes, in die Tiefe dringendes Geschwür und das Haematoma und der Septumabscess in der Tiefe beginnende, die Knorpelhaut abhebende Blut- und Eiteransammlungen sind, so scheinen sie doch pathologisch zu verschieden zu sein, um als Phasen eines einzigen Vorgangs zu gelten und meiner Ansicht nach sind sie ihrem Verlauf und Wesen nach grundverschiedene Dinge.

Eine wichtige Folge des Septumabscesses erwähnt K. nicht: die von ihm oft erzeugte Schrumpfung und Knickung der erweichten knorpligen Scheidewand, welche ein Einsinken des Nasenrückens und bedeutende Entstellung verursacht, falls die Knorpelhautentzündung weit genug nach vorn reicht, um den knorpeligen Nasenrücken anzugreifen.

Durch bessere Beschränkung auf sein Thema und eine grössere Bilderzahl wird dieses, trotz seiner Fehler interessante Werk in künftigen Auflagen sehr gewinnen. Otto Freer (Chicago).

---

b) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. April 1908.

Gyergyai (a. G.) spricht über einen Fall von Auftreibung der Oberkieferhöhle nach vorn und unten bei einem 8jährigen Mädchen, die, wie die Operation zeigte, durch eine durch den mittleren Nasengang in die Nase durch-

[illegible] vorge-

[illegible] und Gra-
[illegible] Schwanger-
[illegible] wurde. die
[illegible] und die
[illegible] des Larynx-
[illegible] im Anfang.
[illegible] Schwangerschaft und
[illegible] resp. nicht

[illegible] Falle, die
[illegible] u. s. w. bemerkt.
[illegible] seit 25 Jahren
[illegible] hatt ihn
[illegible] meist
[illegible] Brennnessel.

[illegible] Granula bei der

[illegible] münden-
[illegible] auf ihnen
[illegible] Bei der Pharyngitis
[illegible] darunter ein sehr
[illegible] zum Theil
[illegible] Epithel-
[illegible] Unter-
[illegible] höheren

[illegible] Nasennebenhöhlen, die

[illegible] Plattenzellencarcinom
[illegible] syphilitischen

[illegible] ausgebreiteter Kehlkopf-
[illegible] Laryngofissur und
[illegible] Monaten Recidiv an der

[illegible] schwere Athemnoth, an
[illegible] Falle schwerer Kehlkopf-
[illegible] ebenfalls ausgebrannt und
[illegible]

E. Meyer, der diesen Patienten gesehen, bestätigt dies. In dem vorgestellten Falle könnte es sich wohl um Lupus gehandelt haben.

Rosenberg ist derselben Meinung.

Levinstein demonstrirt einen Patienten mit einer Tonsilla succenturiata, die von der Plica salpingo-pharyngea bis zur Mitte [illegible] des Rachens reicht.

Grabower zeigt das Präparat eines Oesophaguscarcinoms von dem in der vorletzten Sitzung vorgestellten Patienten; es war in die Trachea durchgebrochen und hatte eine Recurrenslähmung gemacht; man sieht die Postici und Vocales degenerirt.

Alexander demonstrirt die mikroskopischen Präparate von hinteren Enden der unteren Muscheln, die die als [illegible] beschriebenen Gebilde zeigen, seiner Meinung nach aber solche nicht sind.

Lennhoff zeigt eine Zange zur Entfernung von Resten von adenoiden Vegetationen.

Katzenstein demonstrirt eine Halselektrode, deren federnder Bügel aus isolirendem Material hergestellt ist.

E. Meyer: Die submucöse Septumresection.

Er macht sie im Wesentlichen nach Killian's Angaben, aber mit den Freer'schen Instrumenten. Anästhesie mit Cocain, bei Kindern mit Novocain. Der Hajek'sche Schnitt ist nur zu empfehlen bei Subluxationen, der Freer'sche bei starken Leisten. Den Killian'schen Schnitt verlängert er bis auf den Nasenboden oder auch lateralwärts bis an die untere Muschel. Statt mit dem Killian'schen Speculum lässt er die abgelösten Schleimhautblätter mittelst zweier langer, stumpfer Haken auseinanderhalten. Zur Resection des Knorpels benutzt er das Ballenger'sche Messer; zu der des Knochens den Meissel. Man soll nur so viel fortnehmen, als zur Erreichung eines guten functionellen Resultates nöthig ist. Der Vomer wird nach Killian's Vorschrift eventuell entfernt. Eine Naht ist überflüssig. Nach der Operation Tamponade. Auch bei mit Nebenhöhleneiterung complicirten Fällen gab es immer eine prima intentio.

Die Indicationsstellung ist genau zu erwägen, im Ganzen wird zu viel operirt. Besteht bei Nasenstenose neben der Deviation eine Muschelschwellung, so ist die Beseitigung der letzteren event. der Resection des Septum vorzuziehen.

Halle: Absolut indicirt ist die Operation bei Verhinderung der Nasenathmung, Erschwerung eines endonasalen Eingriffes bei Nebenhöhlenempyem, reflectorischen Reizen auf andere Organe und verengenden Subluxationen; eine relative Indication besteht bei gleichzeitiger Muschelschwellung. H. hat in $4^1/_2$ Jahren 500 Septumresectionen vorgenommen.

Er verlängert den Killian'schen Schnitt nach unten und vorne oben; er beginnt am Boden und steigt nach vorne oben bogenförmig auf; zur Resection benutzt er das Ballenger'sche Messer. An der Tubercula septi finden sich manchmal enorme Verdickungen, die zu verschmälern sind.

Bei Subluxation legt er den Schnitt möglichst nach vorne zwischen subluxirtem Knorpel und seiner indifferenten Zone (wo er gerade steht); Abheben

der Schleimhaut nach hinten und der Haut nach vorne; Schnitt durch den Knorpel an der [illegible] Grenze der [illegible] in stumpfem Winkel nach vorne oben; Herausnahme des [illegible] Knorpels von hinten her. Hinterer Schnitt durch den [illegible] an der [illegible] Grenze der Deviation. Fortsetzung der Operation wie oben.

Um dem Septum mehr Halt zu geben, implantirt er nach der Operation zwischen die Schleimhautblätter ein gerades Knorpelstück, das immer einheilt.

Anästhesie erzeugt er durch Einreiben von [illegible] Cocain.

[illegible] Man soll die Operation nur machen, wenn man eine objective Behinderung der Athmung nachgewiesen hat.

M. Senator: [illegible] ersten Operationen behandelte Patienten zeigen [illegible] Tage [illegible] des Septum; vielleicht erleiden Gefässe, [illegible] und [illegible] Nerven bei der Operation eine Verletzung, so dass eine Nekrose [illegible]. Manche Kranke klagen später über Wundsein in der Nase, vermehrte Schleimabsonderung und verschiedene Sensationen.

Die weitere Discussion wird vertagt.

Sitzung vom [illegible] Juli 1908.

[illegible] stellt einen Fall mit chronischem Malleus vor. Es findet sich ein Defect an der [illegible], das auf den Oberkiefer übergegriffen und einen Theil des [illegible] zerstört hat; 5 Zähne sind ausgefallen; es schreitet weiter auf den harten Gaumen, an dem man auch mehrere tiefgreifende Narben sieht. [illegible] Gaumenbögen an der Hinterwand angeheftet. Defect der [illegible] des Vomer, Narben an der hinteren Wand.

Der [illegible] ist [illegible] Wassermann'sche Syphilisprobe negativ. [illegible] hat mit [illegible] Pferden zu thun, sein Vater starb an Malleus; er selbst hatte einen [illegible] Abscess am Arm, der ausheilte. 3 Monate später Allgemeinerscheinungen [illegible]. Unter [illegible] Fortschreiten des [illegible] gelang die bacteriologische Bestätigung der Rotzerkrankung. [illegible] hat eine gewisse Besserung gebracht.

[illegible] einen Fall von Rhinosklerom. Es besteht jetzt [illegible]. Die äusseren [illegible] einen [illegible], bei Berührung leicht [illegible]. Pharynx normal. Larynxschleimhaut [illegible] glatte Wülste.

Fortsetzung der Discussion über den Vortrag von

E. Meyer: [illegible] Septumresection.

[illegible] wendet sich energisch gegen die zu breite Indicationsstellung Halle's, [illegible]. Die subjectiven Angaben des Patienten sind nicht immer maassgebend; nur zwingende Gründe dürfen uns zur Operation bestimmen.

[illegible] verwendet die Infiltrationsanästhesie. Für die Fortnahme des Vomer benutzt er die [illegible] Zange, zum Schneiden der Schleimhautblätter das [illegible], zum [illegible] lange Wattestreifen, nicht [illegible].

Rosenberg: Bei gleichzeitiger Deviation des Septum und Muschelhyperplasie ist die Beseitigung der letzteren eventl. vorzuziehen. Zur Anästhesirung des Septum verwendet er die submucöse Injection. Die Killian'sche Operation muss sich für manche Fälle gewisse Modificationen gefallen lassen; der erste Schnitt wird gelegentlich am Nasenboden nach hinten verlängert; manchmal kann man nach Ablösung der Schleimhaut gegen das auf der concaven Seite liegen gebliebene Elevatorium den Knorpel durchschneiden. Leisten ohne erhebliche Deviation entferne man submucös — nach Zurückschlagen eines breiten Schleimhautlappens — ohne Septumresectionen.

Lewy: Es ist noch festzustellen, wie viel man vom Septum reseciren kann, ohne eine Sattelnase zu erhalten.

Schötz spricht sich gegen die zu häufige Septumresection aus und fragt Halle, auf wie viel Patienten seine 500 Operationen kommen.

Scheier fragt nach der Häufigkeit der Perforation nach der Operation.

Fränkel hat nie eine Sattelnase nach der Operation entstehen sehen.

Halle nimmt für sich die Priorität in Anspruch für die Art der Operation bei Subluxationen und die Implantation eines Knorpelstücks. Die Zahl der Patienten, unter denen er 500 Septumresectionen gemacht hat, beläuft sich auf etwa 8000. Die Dauer der Operation ist durchschnittlich 7—15 Minuten.

E. Meyer: Die Operation ist nur bei stricter Indication vorzunehmen. Bei gleichzeitiger Muschelhyperplasie ist zunächst diese zu beseitigen. Für die Anästhesirung ist die submucöse Injection der Einreibung von Cocain vorzuziehen. Ein und derselbe Schnitt eignet sich nicht für alle Fälle. Perforationen passiren nur dem Anfänger. Der Geübte kann beliebige Instrumente verwenden. Postoperative Tamponade hält er für zweckmässig. A. Rosenberg.

---

b) Verein süddeutscher Laryngologen.

XV. Tagung, Pfingsten, 8. Juni 1908*).

Vorsitzender: Vohsen (Frankfurt a. M.)

Am Vorabend des 7. Juni hielt Killlian (Freiburg i. Breisgau) einen Vortrag: Eine wissenschaftliche Reise in Nord-Amerika.

Am 8. Juni eröffnet der Vorsitzende die Sitzung mit einem Nachruf für die Herren Tobold, von Schroetter und Moritz Schmidt.

1. Brünings (Freiburg i. Breisgau): Ueber die Beleuchtungsprincipien endoskopischer Rohre.

Brünings unterscheidet drei Typen.

1. Rohre mit Innenlampe, d. s. Endoskope, bei denen Licht von einem in der Nähe des eingeführten Endes befestigten Glühlämpchen ohne Condensator geliefert wird.

---

*) Die Verhandlungen erscheinen ausführlich bei O. Kabitsch (A. Stuber), Würzburg.



der Schleimhaut nach hinten und der Haut nach vorne; Schnitt durch den Knorpel an der hinteren Grenze der Subluxation in stumpfem Winkel nach vorne oben; Herausnahme des subluxirten Knorpels von hinten her. Hinterer Schnitt durch den Knorpel an der vorderen Grenze der Deviation. Fortsetzung der Operation wie oben.

Um dem Septum mehr Halt zu geben, implantirt er nach der Operation zwischen die Schleimhautblätter ein gerades Knorpelstück, das immer einheilt.

Anästhesie erzeugt er durch Einreiben von 10proc. Cocain.

Peyser: Man soll die Operation nur machen, wenn man eine objective Behinderung der Einathmung nachgewiesen hat.

M. Senator: Auch von ersten Operateuren behandelte Patienten zeigen zuweilen 14 Tage p. o. Perforationen des Septum; vielleicht erleiden Gefässe, lymphatischer Apparat und trophische Nerven bei der Operation eine Verletzung, so dass eine Nekrose entsteht. Manche Kranke klagen später über Wundsein in der Nase, vermehrte Schleimabsonderung und verschiedene Sensationen.

Die weitere Discussion wird vertagt.

Sitzung vom 5. Juni 1908.

Rissom stellt einen Pat. mit chronischem Malleus vor. Es findet sich ein Geschwür an der Oberlippe, das auf den Oberkiefer übergegriffen und einen Theil des Alveolarfortsatzes zerstört hat (5 Zähne sind ausgefallen); es schreitet weiter auf den harten Gaumen, an dem man auch mehrere tiefgreifende Narben sieht. Rechte hintere Gaumenbogen an der Hinterwand angeheftet, Defect der Uvula, Perforation des Velum, Narben an der hinteren Wand.

Der Geschwürsrand ist weich, Wassermann'sche Syphilisprobe negativ. Pat. hatte mit rotzigen Pferden zu thun, sein Vater starb an Malleus; er selbst hatte einen rotzigen Abscess am Arm, der ausheilte, 3 Monate später Allgemeinerscheinungen (Nierenerkrankung). Unter Jodkaligebrauch Fortschreiten des Leidens. Schliesslich gelang die bacteriologische Bestätigung der Rotzerkrankung. Locale Antiforminbehandlung hat eine gewisse Besserung gebracht.

Levinstein demonstrirt einen Fall von Rhinosklerom. Es besteht jetzt 7 Jahre. Die unteren Muscheln sind in je einen blassrothen, bei Berührung leicht blutenden, ziemlich harten Wulst verwandelt. Pharynx normal, Larynxschleimhaut blass; subglottisch, beiderseits dicke blassrothe glatte Wulste.

Fortsetzung der Discussion über den Vortrag von

E. Meyer: Die submucöse Septumresection.

Finder wendet sich energisch gegen die zu breite Indicationsstellung Halle's, die der Willkür Thür und Thor öffnet. Die subjectiven Angaben des Patienten sind nicht immer maassgebend; nur zwingende Gründe dürfen uns zur Operation bestimmen.

Bruck verwendet die Infiltrationsanästhesie. Für die Fortnahme des Vomer benutzt er die Brünings'sche Zange, zum Spreizen der Schleimhautblätter das Killian'sche Speculum, zur postoperativen Tamponade lange Wattestreifen, nicht Jodoformgaze.

Rosenberg: Bei gleichzeitiger Deviation des Septum und Muschelhyperplasie ist die Beseitigung der letzteren eventl. vorzuziehen. Zur Anästhesirung des Septum verwendet er die submucöse Injection. Die Killian'sche Operation muss sich für manche Fälle gewisse Modificationen gefallen lassen; der erste Schnitt wird gelegentlich am Nasenboden nach hinten verlängert; manchmal kann man nach Ablösung der Schleimhaut gegen das auf der concaven Seite liegen gebliebene Elevatorium den Knorpel durchschneiden. Leisten ohne erhebliche Deviation entferne man submucös — nach Zurückschlagen eines breiten Schleimhautlappens — ohne Septumresectionen.

Lewy: Es ist noch festzustellen, wie viel man vom Septum reseciren kann, ohne eine Sattelnase zu erhalten.

Schötz spricht sich gegen die zu häufige Septumresection aus und fragt Halle, auf wie viel Patienten seine 500 Operationen kommen.

Scheier fragt nach der Häufigkeit der Perforation nach der Operation.

Fränkel hat nie eine Sattelnase nach der Operation entstehen sehen.

Halle nimmt für sich die Priorität in Anspruch für die Art der Operation bei Subluxationen und die Implantation eines Knorpelstücks. Die Zahl der Patienten, unter denen er 500 Septumresectionen gemacht hat, beläuft sich auf etwa 8000. Die Dauer der Operation ist durchschnittlich 7—15 Minuten.

E. Meyer: Die Operation ist nur bei stricter Indication vorzunehmen. Bei gleichzeitiger Muschelhyperplasie ist zunächst diese zu beseitigen. Für die Anästhesirung ist die submucöse Injection der Einreibung von Cocain vorzuziehen. Ein und derselbe Schnitt eignet sich nicht für alle Fälle. Perforationen passiren nur dem Anfänger. Der Geübte kann beliebige Instrumente verwenden. Postoperative Tamponade hält er für zweckmässig.

A. Rosenberg.

---

b) Verein süddeutscher Laryngologen.

XV. Tagung, Pfingsten, 8. Juni 1908*).

Vorsitzender: Vohsen (Frankfurt a. M.)

Am Vorabend des 7. Juni hielt Killlian (Freiburg i. Breisgau) einen Vortrag: Eine wissenschaftliche Reise in Nord-Amerika.

Am 8. Juni eröffnet der Vorsitzende die Sitzung mit einem Nachruf für die Herren Tobold, von Schroetter und Moritz Schmidt.

1. Brünings (Freiburg i. Breisgau): Ueber die Beleuchtungsprincipien endoskopischer Rohre.

Brünings unterscheidet drei Typen.

1. Rohre mit Innenlampe, d. s. Endoskope, bei denen Licht von einem in der Nähe des eingeführten Endes befestigten Glühlämpchen ohne Condensator geliefert wird.

---

*) Die Verhandlungen erscheinen ausführlich bei O. Kabitsch (A. Stuber), Würzburg.



Brünings nennt Untersuchung blasenförmiger Organe „Cystoskopie“, röhrenförmiger „Syringoskopie“. Bei ersterer liegt die Hauptebene der zu beleuchtenden Organfläche senkrecht zur Blickrichtung, die einzelnen Punkte sind ziemlich gleichweit vom Rohrende entfernt, daher Glühlampe am Rohrende ohne Condensation empfehlenswerth. Ganz anders bei Syringoskopie, hier ist die Normale der zu beleuchtenden Fläche parallel zur Blickrichtung orientirt und die Entfernnng ihrer einzelnen Punkte ist ganz verschieden, bei Gebrauch von endständiger Glühlampe werden daher (Abnahme der Lichtintensität mit Quadrat der Entfernung) verschiedene Punkte ganz verschieden beleuchtet, in grösserer Tiefe hört die Beleuchtung ganz auf, Uebersicht und Sicherheit der Orientirung fehlen. Bei Wahl eines Bronchoskops ist auf Tiefenhelligkeit gerade zu achten. Das Princip des Rohres mit Innenlampe ist für syringoskopische Zwecke ungeeignet.

2. Rohre mit Aussenlampe als Stirnlampe oder als festes Elektroskop. So wenig dieses Princip — abgesehen von bestimmten Specialaufgaben — für cystoskopische Arbeiten zu empfehlen ist, so vortrefflich eignet es sich für die Syringoskopie und zwar ebenso wohl durch ausreichende Lichtleitung wie durch methodisch-constructive Vortheile. Die gute Lichtleistung im Gegensatz zur Innenlampe beruht darauf, dass ihrer Lichtstärke keine Grenzen gesetzt sind, denn sie lässt sich durch Anwendung von Reflectoren gänzlich ausserhalb des Gesichtsfeldes verlegen und es kann eine bis zur Parallelität gehende Condensirung der Strahlen erreicht werden. Möglichst parallelstrahliges Licht ist bei Anwendung von Aussenlampen unerlässlich, weil andernfalls der Verlust an Lichtintensität zu gross wird, die Blendung von der Rohrwand aus stört. Die Brünings'sche Beleuchtungsvorrichtung (s. auch Verhandlungsbericht 1907) verwirklicht diese Vorzüge.

3. Rohre mit Aussenlampe und verdeckter Lichtleitung.

Dieses Princip ist am einfachsten ausgeführt durch ein Rohr mit Scheidewand, welche einen Raum für Durchsicht und Instrumente von einem für Lichtleitung trennt. Brünings demonstrirt ein in dieser Weise construirtes Rohr mit halkreisförmigem Querschnitt des Lichtschachtes als dem für die Projection des Lichtes günstigsten. Brünings hält das Princip der Aussenlampe mit verdeckter Lichtleitung für verfehlt und bezeichnet daher auch die von L. von Schroetter angegebene Elektroskopgattung als wenig glücklich. Hier ist ein ringförmiges Glasrohr als Lichtschacht eingefügt; am oberen trichterförmig verdickten Ende des Glasrohrs sind mehrere kleine Glühlampen angebracht, deren Licht innerhalb der Glasrohrwand nach unten gespiegelt wird, um an der unteren Querschnittfläche auszutreten. Brünings setzt die Nachtheile, welche diese Construction nach seiner Ansicht hat, wie mangelhafte Ausnützung des lichtleitenden Querschnitts, Raumbeschränkung etc. auseinander.

Es ist daher der Aussenlampe ohne getrennten Lichtschacht der Vorzug für syringoskopische Zwecke zu geben, nicht allein wegen der grösseren Helligkeit, die sie gewährt, sondern mindestens ebenso sehr wegen folgender Vorzüge: Leichte Einführbarkeit, Gesichtsfeldgrösse, einfache Handhabung, Betriebssicherheit, Wohlfeilheit. Diese werden des Näheren ausgeführt.

Discussion: Denker, Brünings, Schlusswort.

2. **Körner** (Rostock): **Analogien im klinischen Verlaufe der Oculomotorius- und Recurrenslähmungen.**

Wenn ein otogener Hirnabscess im Schläfenlappen einigermassen gross wird, so schädigt er oft den Stamm des Oculomotorius an der Schädelbasis und führt dadurch eine gleichseitige Lähmung dieses Nerven herbei. Stets erliegen zuerst diejenigen Nervenfasern, die den Heber des oberen Lides versorgen, oder diejenigen, die zum Sphincter iridis ziehen, oder diese beiden Faserzüge zusammen, so dass zuerst die Ptosis oder Mydriasis, oder Ptosis und Mydriasis entsteht, während die vom Oculomotorius versorgten, den Bulbus bewegenden Muskeln, wenn überhaupt, erst später gelähmt werden. Albert Krapp hat gezeigt, dass die gleiche Erscheinung auch bei Tumoren des Schläfenlappens beobachtet wird. Redner hat hierin schon 1894 ein Analogon für das frühzeitige Erliegen der zum Posticus führenden Fasern bei Stammschädigungen des Recurrens erkannt. Er setzt auseinander, warum es sich hier um Stammlähmungen des Oculomotorius und nicht um Kernlähmungen handelt. Ferner hebt er hervor, dass die Reihenfolge und Auswahl im Erliegen der einzelnen Fasern des Oculomotorius bei Kernlähmungen keine derartige Gesetzmässigkeit zeigt. Dies legt den Gedanken nahe, dass auch bei Kernlähmungen des Vagus die von dem Semon'schen Gesetze geforderte Uebereinstimmung im Verlaufe der Stamm- und Kernlähmungen nicht zu erwarten ist. Nachdem Arnold Cahn gezeigt hat, dass die vermeintlich bulbäre Posticuslähmung der Tabiker in Wirklichkeit durch eine periphere Neuritis verursacht wird, ist die Hauptstütze für den die bulbären Lähmungen betreffenden Theil des Semon'schen Gesetzes gefallen. Wie Redner weiterhin auseinandersetzt, ist das Semon'sche Gesetz bei Bulbäraffectionen überhaupt nicht gültig.

Discussion: Vohsen: Das primäre Erliegen der Erweiterer kann nicht als Stütze der Aufbrauchtheorie angesehen werden.

Ehrenfried weist auf die Analogie der bei Recurrenslähmung auftretenden Pendelzuckungen mit den bei Oculomotoriuslähmung auftretenden nystagmusartigen Zuckungen hin.

3. **Goris** (Brüssel): **Radicale Operation eines beginnenden Sarkoms der Nasenscheidewand.**

Kleine, sehr leicht blutende Geschwulst am knorpeligen Theil des Septums bei 24 jähriger Dame. Abtragung, Recidiv. Mikroskopischer Befund: Rundzellensarkom. Operation.

Nach Umklappen des linken Nasenflügels, die Knochentheile mit inbegriffen, lag das Operationsfeld ganz frei, und konnte die kleine Geschwulst mit ungefähr 1 cm gesundem Knorpel rund ausgeschnitten werden.

Da diese Operation eine Durchlöcherung der Wand zurückliess, wurde von der Nasenschleimhaut ein ziemlich breiter Lappen von oben nach unten gelöst, und an den Rändern der Durchlöcherung mit dünnem Catgut festgenäht und die Nase wieder geschlossen.

4. **Guyot**-Genf. **Tumorartige Tuberculose der Nase und der Kieferhöhle.**

Frau von 25 Jahren, im fünften Monat schwanger. Keine erbliche Belastung.

Seit Beginn der Schwangerschaft litt sie an Unwohlsein, das sie ziemlich schwächte.

Seit drei Monaten ungefähr constatirte Patientin eine Behinderung der Nasenathmung auf der linken Seite. Keine Schmerzen, mitunter Ausfluss gelblichen Schleimes.

In der linken Nasenhöhle dunkelrother, himbeerähnlicher Tumor, stellenweise mit Schleim bedeckt, bei der leisesten Berührung blutend. Der Tumor von Mandelgrösse war ziemlich beweglich und schien von der mittleren Muschel auszugehen. Nach Entfernung zweier grosser Fragmente, ohne namhafte Blutung, zeigte es sich, dass der Stiel vom mittleren Nasengang ausging. Die Nasenhöhle war sonst ganz normal. Die Diaphanoskopie ergab normalen Status des Sinus maxillaris, der durchscheinend war. Eine Probepunction durch den unteren Nasengang ergab weder Eiter noch sonstige Flüssigkeit. Dagegen liess sich nur eine sehr kleine Quantität Wasser injiciren, wobei sich die normale Oeffnung des Sinus verlegt zeigte, offenbar durch den Stiel des Tumors, was sich nach Resection des vorderen Theiles der mittleren Muschel bestätigte.

Untersuchung mit Salpingoskop ergab, dass der grösste Theil der Sinusschleimhaut normal war bis auf den hinteren inneren Winkel des Sinus, der vollkommen mit knolligen Wucherungen erfüllt erschien.

Die mikroskopische Diagnose wurde auf ein entzündetes weiches Fibrom gestellt, mit dem Vorbehalt, dass an anderen Stellen die Neubildung sarkomatös sein könnte.

Nach breiter Eröffnung in der Fossa canina constatirte man im hinteren oberen Sinuswinkel eine Granulationsmasse, die sich als Tumor nach der nasalen Oeffnung des Sinus fortsetzte. Der Sinus wurde sorgfältig curettirt, die nasale Wand und die mittlere Muschel resecirt.

Die mikroskopische Untersuchung ergab nunmehr Tuberculose. Guyot weist des weiteren auf die Schwierigkeit der differentiellen Diagnose dieser Tumoren hin.

Discussion: Killian hat mehrfach tuberculöse Nasentumoren beobachtet. In einem Falle ging die Wucherung vom Siebbein aus. Die Tumoren lassen sich leicht auslöffeln und zeitweise oder ganz zur Heilung bringen.

Offenbar handelte es sich bei diesen Wucherungen um eine hypertrophische Form des Lupus.

5. Manasse-Strassburg i. E. Zur Pathologie und Therapie der malignen Nebenhöhlengeschwülste.

48jährige Patientin, die seit längerer Zeit an rechtsseitigem Kopfweh und Nasenverstopfung leidet; auch hat sie eine Geschwulst am rechten inneren Augenwinkel bemerkt.

Objective Untersuchung: Am rechten oberen Augenlid und im rechten inneren Augenwinkel eine Schwellung, unter dem Lid und unter dem Arcus supraorbitalis eine prall elastische Geschwulst zu fühlen; hier ein deutlicher Knochendefect mit scharfen Rändern. — Linke Nase normal; rechts hängt am Nasendach eine grosse Geschwulst fast bis auf den Nasenboden herab, offenbar

die mittlere Muschel darstellend; der Tumor ist teigig, fast cystisch bei der Betastung.

Diagnose: Mucocele des Siebbeins und des Stirnbeins.

Probepunction ergab abgestorbene Epidermislamellen mit wenigen Cholestearin-Krystallen. Die mikroskopische Untersuchung des nunmehr abgetragenen Sackes zeigte einen aus derbem Bindegewebe bestehenden Sack, der inwendig mit Plattenepithel ausgekleidet ist. Auf der Innenfläche dieser Wand erheben sich kleine Höcker, die sich im wesentlichen aus dicht beieinanderliegenden Spindelzellen zusammensetzen, demnach ein typisches Spindelzellensarkom darstellen. Ausräumung des Tumors aus Stirnhöhle und Siebbein — Heilung. Die Untersuchung dieser ausserordentlich interessanten Mischgeschwulst wird fortgesetzt.

6. Arth. Meyer: Präparate eines Falles von leukämischer Affection des Kehlkopfs.

49jähriger Maler, seit drei Monaten Dyspnoe und Husten. Neben zwei flachen linsengrossen Knoten an den aryepiglottischen Falten unterhalb der Stimmbänder eine seitliche, symmetrisch angeordnete ebene Schwellung von blassgrauröthlicher Farbe, von intacter Schleimhaut bekleidet. Dieselbe liess ein Lumen von nur 2—3 mm frei. Der Verdacht auf Leukämie wurde durch Drüsenschwellungen am Halse und das Blutpräparat bestätigt, welches überwiegend Lymphocyten und eosinophile Zellen ergab. — Zunahme der Schwellung, Tracheotomie. Anschliessend an diese trat Fasciennekrose und Bronchopneumonie ein, die zum Exitus führte.

Die mikroskopische Untersuchung ergab: Die Knorpelkapsel ist zum grossen Theil verknöchert, der Markraum von kleinzelliger Infiltration ausgefüllt, dazwischen Spongiosabälkchen und Bluträume. Die ganze Mucosa und Submucosa ist gleichfalls mit Rundzellen ausgefüllt, die sich auch zwischen die elastischen Fasern des periglandulären und perichondralen Gewebes drängen und die Drüsenacini in grossen Mengen umgeben. Auch einzelne Gefässe zeigen innerhalb der elastischen Wand solche Infiltrate, welche das Lumen verengern und stellenweise verschliessen.

7. Kander (Karlsruhe): Kleinhirnbrückenwinkeltumor mit Ausfluss von Liquor cerebrospinalis aus der Nase. Demonstration.

60 jährige Patientin, die seit 10 Jahren an einer Gehstörung, seit 3—4 Jahren an Schwindel und Kopfschmerzen leidet. Seit 3 Jahren rechts zunehmende Schwerhörigkeit.

Befund: Sensorium frei, Sprache gut. Gang spastisch-paretisch mit Vorherrschen der spastischen Erscheinungen. Beiderseits Babinsky und gesteigerte Patellarreflexe. Sensibilität normal. Stauungspapille beiderseits. Rechts Parese des mittleren und unteren Facialisastes, Taubheit, rechte Zungenhälfte atrophisch. Links Lähmung des Trigeminus (linke Gesichtshälfte gerötet, Sensibilität herabgesetzt), motorischer Ast normal.

Im weiteren Verlauf Erbrechen, erhöhte Pulsfrequenz, Atrophie der rechten Papille, beider Zungenhälften, alle drei Facialisäste gelähmt. Nach fünf Monaten aus rechter Nase Träufeln von Liquor cerebrospinalis, der $^1/_4$ pM. Albumen ent-

hält. Lympho- und Leukocyten, spec. Gewicht 1011—1012. Methylenblau in der Lumbalgegend in den Duralsack eingespritzt, verändert die aus der Nase ablaufende Flüssigkeit nicht.

Diagnose: Pons-Oblongatatumor.

Section: Kleinapfelgrosser Tumor im Kleinhirnbrückenwinkel rechts, der die deckende Dura und die Pyramide des Os petrosum und die benachbarten Theile des Os sphenoidale zerstört hat. Wird auf diese Stelle der Schädelbasis Wasser aufgeträufelt, so läuft es durch die rechte Nasenhälfte ab. Der Tumor hat die rechte Pons-Oblongatagegend zur Hälfte vollkommen comprimirt, Facialis und Acusticus sind in ihm aufgegangen, der Trigeminus ist zu einem schmalen Band zwiscchen Pons und Tumor comprimirt. Ein Theil der rechten Kleinhirnhälfte ist in den Tumor aufgegangen. Ein kleiner kirschkerngrosser Tumor, der den Ursprung des linken Trigeminus umfasst, beweist, dass wir es bei dem rechtsseitigen Tumor mit einem vom Nerven ausgehenden Tumor, also einen Acusticustumor zu thun haben.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Gliosarkom.

8. F. R. Nager (Basel): Ueber Nasenrachentumoren.

A. Tuberculome. 7 Fälle von Tuberculose der Rachenmandel bei Patienten reiferen Alters (15—70 Jahre). Die histologische Untersuchung ergab das Bild der Tumorform der Schleimhauttuberculose, des Tuberculoms; in drei Fällen waren noch andere tuberculöse Erkrankungen in Nase und Rachen vorhanden.

B. Nasenrachenfibroide. Drei typische, früh diagnosticirte Fälle ohne erhebliche Ausläufer, die daher mit Hilfe der Zange von Escat leicht per vias naturales zu entfernen waren. Kein Recidiv, die Patienten standen alle dem Schluss der Wachsthumperiode nahe, was die Prognose günstig beeinflusst haben dürfte.

C. Nasenrachensarkom auf pseudoleukämischer Grundlage. Bei 75 jähriger Frau, die früher an profusem, schwer stillbarem Nasenbluten, in letzten Wochen an Ausfluss aus der Nase und behinderter Nasenatmung gelitten hatte, findet sich ausser Leber- und Milzvergrösserung ein walnussgrosser Tumor an der hinteren, oberen Rachenwand. Er geht von der linken Rosenmüller'schen Grube aus und reicht bis zur Höhe der Uvula. Probeexcision ergiebt Rundzellensarkom mit spärlichen Mitosen. Das Blut zeigt den typischen Befund einer Pseudoleukämie. Exitus an Pneumonie. Bemerkenswerth ist der Verlauf.

9. Friedr. Schäfer (München): Ein Untersuchungs- und Operationsstuhl für das Sprechzimmer des Oto-Laryngologen.

Der Stuhl ist hoch und niedrig zu stellen, in verschiedenen Richtungen drehbar und eignet sich daher vorzüglich für die mannigfaltigen Bedürfnisse der laryngo-oto-rhinologischen Praxis. Die näheren Einzelheiten finden sich in den Verhandlungen durch eine Reihe von Abbildungen illustrirt.

10. Jurasz (Heidelberg): Demonstration einer merkwürdigen Anomalie des Nasenrachenraumes.

Im Anschluss an frühere in der Heidelberger Klinik beobachtete Fälle von Faltenbildung im Nasenrachenraum stellt Jurasz einen solchen vor.

Es handelt sich dabei um eine gardinenartige Faltenbildung, welche spindelförmig von einem Tubenwulst über den Choanen zieht und sich mit dem anderen Tubenwulst verbindet. Die überziehende Schleimhaut sieht normal aus, Narben sind nicht zu sehen. Graduell kann diese Gardinenbildung verschieden sein; rudimentäre Fälle, in welchen die Falte seitlich am Rachengewölbe endet, scheinen nicht zu selten zu sein. Welche Bedeutung die Anomalie besitzt, ist bis jetzt nicht bekannt.

Nach Ansicht des Autors sind die Befunde als anatomische Variante oder Missbildung anzusehen, nicht als Narbenstränge.

Discussion. Mann (Dresden) hat ebenfalls derartige Bilder gesehen, deren Entstehung er auf frühere Auskratzung der Rachenmandel zurückführt.

Killian (Freiburg) ist mehr geneigt, die Gardinenbildung auf eigenthümliche Rückbildungsvorgänge im Bereiche der Rachentonsille zu beziehen.

F. Blumenfeld (Wiesbaden), Schriftführer.

---

d) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Sitzung vom November 1906.

Vorsitzender: R. H. Woods.

A. Wylie: Epitheliom der Tonsille.

Es handelt sich um einen 59jährigen Mann; nach sehr radicaler Operation einschliesslich Entfernung der vergrösserten Drüsen trat Heilung ein. 6 Monate nach der Operation kein Recidiv.

Mayo Collier: 1. Fall von Larynxtuberculose.

Die Kehlkopfaffection trat bei einem 33jährigen Patienten im späten Stadium einer chirurgischen Tuberculose hinzu.

2. Doppelte Abductorlähmung.

Zur Diagnose.

Abercrombie: „Tuberculom“ des Nasenrachens.

Patient blieb nach Entfernung der Massen mit der Adenoidencurette gesund.

Wyatt Wingrave beschreibt den Tumor; die Diagnose schwankte zwischen Lymphadenom und Tuberculose.

F. Andrews hält das Leiden für Tuberculose.

Harold Barwell: Fall von Gummi (?) des Kehlkopfs.

Discussion.

Andrew Wylie: Tuberculom des Kehlkopfs.

Chichele Nourse: 1. Maligne Erkrankung der Cervicaldrüsen und des Kehlkopfs bei einem 59jährigen Mann.

Die Drüsen waren entfernt worden; man constatirte eine endotheliomatöse Erkrankung derselben.

2. Neubildung des Pharynx.

Wyatt Wingrave: Mikroskopische Schnitte zur Anatomie der mittleren Muschel. (Cfr. Journal of Laryngology, August 1906.)

Sitzung vom Januar 1907.

Vorsitzender: R. H. Woods.

Mayo Collier: 1. Epitheliom des Mundbodens.

Detaillirte Beschreibung einer sehr radicalen Methode zur Entfernung der Zunge und des Mundbodens. Es wird über zwei Fälle berichtet, von denen der eine 7 Jahre nach der Operation an Pneumonie starb, der andere noch 5 Jahre danach ohne Recidiv lebt.

2. Beiderseitige Abductorlähmung (in der vorigen Sitzung vorgestellt).

Harold Barwell: Tuberculöse Ulceration des Pharynx bei einem 17jährigen Mann.

Ausgedehntes Geschwür, jedoch ohne Kachexie oder Dysphagie.

Woods räth, die Geschwüre in der positiven opsonischen Phase auszukratzen.

Nourse beschreibt einen ähnlichen Fall.

Harold Barwell: Gummi (?) des Kehlkopfs. (Vorgestellt in der vorigen Sitzung.)

Incision von aussen liess eine blasse Granulation zu Tage treten, deren mikroskopische Untersuchung ein zweifelhaftes Resultat gab.

Chichele Nourse: Polysinusitis; Demonstration des Resultats der Radicaloperation.

Woods entfernt die Schleimhaut der Stirnhöhle sorgfältig, erweitert den Ductus nasofrontalis nicht und stülpt seine Auskleidung in die Nase hinein. Die Stirnöffnung lässt er offen und es tritt dann Consolidation durch Granulationsbildung ein.

Sitzung vom März 1907.

Vorsitzender: Mayo Collier.

Abercrombie: 1. Maligne Erkrankung des Kehlkopfinnern bei einem 62jährigen Mann. Thyreotomie.

Es wird auch ein 2 Jahre vorher operirter Fall vorgestellt.

2. „Tuberculoide“ Erkrankung der Tonsillen.

Das mikroskopische Untersuchungsergebniss ist ungewiss.

Mayo Collier: Tuberkel des Kehlkopfs.

Chichele Nourse: Fixation des Stimmbandes infolge Tuberculose der linken Aryknorpelgegend.

Andrew Wylie: Recurrenslähmung des linken Stimmbandes infolge Druck durch Drüsenmassen am Halse.

Kelson: Tuberculöse (?) Kehlkopferkrankung.

Wyatt Wingrave: Mycelieninfection der Tonsille bei einem 56jährigen Mann.

Die Mycelien wurden durch Gram'sche Färbung nachgewiesen. W. hat dies bei einigen Patienten über 50 Jahre, niemals bei Kindern und jungen Menschen gefunden.

Harold Barwell: Larynxtumor. (Vorgestellt November 1906.)

Epitheliom bei einem 28jährigen Mann.

Sitzung vom Mai 1907.

Vorsitzender: Woods.

Woods: Durchschnittener Hals bei einer 30jährigen Frau.

Es handelte sich um eine durch Glas beigebrachte, bis auf die Wirbelsäule gehende Schnittwunde in Höhe der Membrana thyroidea. Es hatte sich eine Narbe gebildet, die die Mundhöhle völlig von Larynx und Oesophagus abschnitt. Essen und Athmung geschieht durch ein im Spatium thyreo-hyoideum liegendes Rohr. Der Unfall ereignete sich vor 15 Monaten. In der Narbe entdeckte man ein kleines Loch; dies wurde allmählich bis zur Weite einer gewöhnlichen für Erwachsene berechneten Tracheotomiecanüle dilatirt. Es wurde dann eine besondere Tube eingesetzt und, um zu verhüten, dass der Speichel in die Trachea lief, wurde um das pharyngeale Ende der Tube eine Traufe angebracht, von welcher der Speichel mittels einer kleinen Saugpumpe abgesaugt wurde. Jetzt athmet Patientin durch die Nase und kann sprechen.

Stuart Low: Fall von Stirnhöhlenempyem mit Epilepsie.

Seit Ausräumung der Höhle keine Anfälle mehr.

Nourse hat in einem gleichen Fall keinen Einfluss der Operation auf die Anfälle gesehen.

Jobson Horne: Lymphosarkom des Thorax mit klinischen und pathologischen Beobachtungen.

Pat., ein 49 jähriger Mann, hatte seit Monaten Schluckbeschwerden und starb unter Asphyxie. Man fand im hinteren Mediastinum eine grosse sarkomatöse Geschwulst, die in den Oesophagus hineinragte und ihn verstopfte, jedoch so, dass eine weite biegsame Sonde während des Lebens passirte.

In der Schleimhautfalte, die zwischen Sartonini'schen und Wrisberg'schen Knorpeln nach unten zieht, sah man eine alte Narbe. H. äussert die Vermuthung, dass die Geschwulst in Folge Infection dieser vulnerabelsten Stelle des Kehlkopfs entstanden sei.

G. B. Waggett.

---

e) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom April 1907.

Vorsitzender: J. B. Ball.

St. Clair Thomson: Fall von maligner endolaryngealer Geschwulst bei einem 29 jährigen Mann.

Die Geschwulst nahm die rechte Stimmlippe ein und reichte unter die vordere Commissur. Das Mikroskop zeigte ein Carcinom; die Thyreotomie erwies, dass die Geschwulst bereits nach aussen gewachsen war. Die Totalexstirpation wurde vom Patienten verweigert.

Jobson Horne und Robinson äussern ihre Zweifel betreffs der Richtigkeit der mikroskopischen Diagnose. (Die Diagnose ist von dem Geschwulst-Comité bestätigt worden.)

St. Clair Thomson: Prolaps des Ventrikels. (Vorgestellt März 1907.)

Entfernte Stücke zeigen ödematöses Gewebe mit dünnem fibromatösen Stroma.

Horne erinnert an das von ihm in situ geschnittene Präparat. (Verhandlungen vom Jahre 1898.)

Davis: Fall von Aphonie.

Es handelt sich um einen 12 jährigen Knaben, der niemals ein Wort gesprochen hat; fordert man ihn auf, irgend einen Gegenstand, den man ihm nennt, aufzuzeichnen, so thut er es; ebenso, wenn man ihn auffordert, unter die Zeichnung eines Gegenstandes dessen Namen zu setzen; er bedient sich stets dazu der linken Hand. Hält er die Feder in der rechten Hand, so ist er nicht im Stande, etwas damit auszuführen, nicht einmal seinen Namen zu schreiben. Die Anamnese war unbestimmt; es soll eine Abnahme der Kraft auf der rechte Seite nach dem Alter von $3^1/_2$ Jahren ausgesetzt haben. Die vorderen Fasern des M. genio-hyoglossus schienen schwach zu sein.

Donelan, Watson Williams, de Havilland Hall sprachen über Versuche, die rechte Seite des Gehirns zu üben.

Parker macht darauf aufmerksam, dass beim Versuche zu sprechen, Luft durch die Nase entweicht.

Donelan: Zerstörung eines Theils des Nasenseptums.

Es ist zweifelhaft, ob er sich um tertiäre Lues oder Lupus handelt.

Discussion über verschiedene Methoden der Wiederherstellung.

Dundas Grant: Pharyngokeratose; stetige Besserung unter Applicationen von Salicylsäure und Natr. sulfo-ricinicum.

Verschiedene Mittel hatten versagt. Eine 10proc. Lösung wurde täglich angewandt und nach ein Jahr andauernder Behandlung ist Patient fast geheilt.

In der Discussion wurde einstimmig betont, dass diese Affectionen allmählich spontan verschwinden und dass keine Localbehandlung nöthig ist.

Dundas Grant: Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes.

Sir Felix Semon und Watson Willliams discutiren über die Diagnose.

Sitzung vom Mai 1907.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Mc Bride: Polypoide Geschwulst mit doppeltem Stiel von der Tonsille entfernt.

Jobson Horne: a) Tumoren des Morgagnischen Ventrikels.

1. Präparat eines Schleimhautprolapses.

2. Mikroskopischer Schnitt, der eine Hyperplasie des Ventrikeldachs zeigt.

b) Präparate von Polypen der Tonsille und der Uvula.

Davis: Subcutane Laryngitis mit Ulcerationen.

Fall zur Diagnose.

DeSanti: Geschwulst der linken Stimmlippe bei einer 29jährigen Frau (Myxom?).

Jobson Horne meint, dass solche Fälle in Folge von Degeneration in den Epithelzellen entstehen.

Wyatt Wingrave: Schnitt durch den Kehlkopf, eine Zunge der Ventrikelschleimhaut zeigend.

Die Zunge bestand aus normaler Schleimhaut und kam von der äusseren Wand hervor.

Bronner: Gekrümmtes Messer zur Enucleation der Mandeln.

Ball: Kehlkopfsyphilis. (Vorgestellt Januar 1907).

Bei der Incision fand sich Knorpelnekrose.

Fitzgerald Powell: Fall von Rundzellensarkom des Nasenrachens.

Grosse Geschwulst, die eine ausgedehnte Operation erforderte. Es scheint ein Recidiv vorhanden zu sein.

Tilley: citirt drei Fälle von Sarkom, bei denen wiederholte Entfernung der Recidive schliesslich zur Heilung führte. Wenn die Nase mitergriffen ist, hält T. den Zugang mittelst Resection des aufsteigenden Oberkieferfortsatzes besser, als mittelst Spaltung des Gaumens.

St. Clair Thomson: Tumor bifidus aus einer Mandellakune.

Dundas Grant: 1. Kehlkopflupus bei einem 12jährigen Knaben.

2. Endotheliomatöse Infiltration und Ulceration der hinteren Wand des Pharynx bei einem älteren Manne.

Geschwulstcomité stellte Diagnose auf Epitheliom.

Lambert Lack: Spindelzellensarkom des Stimmbandes.

Herbert Tilley: Larynxpapillome.

Discussion über die directen Methoden der Operation.

Watson Williams: Keilbeinhöhlenspritze.

E. B. Waggett.

IV. Briefkasten.

Die Laryngologie und die internationalen medicinischen Congresse.

Wir freuen uns, unseren Lesern von dem folgenden Briefe Kenntniss geben zu können, welchen der Generalsecretär des XVI. Internationalen Medicinischen Congresses, Herr Prof. Dr. Emil v. Grósz, an den Herausgeber des Centralblatts und Herrn Prof. Jurasz gerichtet hat:

Hochgeehrter Herr College!

Soeben lese ich in dem Internationalen Centralblatt für Laryngologie und Rhinologie Ihren sehr interessanten Aufsatz über internationale Laryngo-Rhinologen-Congresse. Ich erlaube mir, Ihnen höflichst mitzutheilen, dass das Organisations-Comité des XVI. Internationalen Medicinischen Congresses freiwillig eine besondere Section für Ihr Fach bewilligte. Es war gar nicht nothwendig, diesen Beschluss zu erkämpfen, da die Leitung des Congresses ab initio diesen Antrag stellte, der auch einstimmtg angenommen wurde.

Da wir beabsichtigen, den Antrag zu stellen, eine permanente internationale Commission für die internationalen medicinischen Congresse aufzustellen, so glaube ich, dass diese Commission die selbstständige Section für Laryngologie und Rhinologie ein für allemal bewilligen wird.

Ich bin gerne bereit, allen Ihren Wünschen entgegen zu kommen, und da, wie ich weiss, die k. k. Regierung eine selbstständige Klinik für Laryngologie zu errichten beabsichtigt, so ist thatsächlich Budapest sehr geeignet, Ihren gerechten Bestrebungen Gelegenheit zu bieten.

Mit vorzüglicher Hochachtung
Ihr aufrichtigst ergebener
Budapest, 22. August 1908. Emil v. Grósz.

Die Laryngologie ist so wenig durch Entgegenkommen von autoritativer Seite, speciell von den Leitungen der allgemeinen internationalen medicinischen Congresse, verwöhnt worden, dass die vorstehende spontane Aeusserung des Herrn Generalsecretärs des bevorstehenden Budapester Congresses uns um so angenehmer überrascht. Besonders erfreulich ist es uns natürlich, dass die in diesem Blatte wiederholt so warm empfohlene Einsetzung einer permanenten internationalen Commission, die für die Continuität der Eintrichtungen dieser Congresse Sorge zu tragen hätte, nunmehr eine Wirklichkeit zu werden verspricht. Wie der Herr Generalsecretär hervorhebt, ist damit die Aussicht gegeben, dass die bedauerlichen Kämpfe, die wir immer und immer wieder um die Selbstständigkeit und die Würde unserer Specialität zu führen gehabt haben, nunmehr ein Ende nehmen werden.

Jedenfalls gebührt dem Herrn Generalsecretär und dem Organisationscomité des Budapester Congresses der herzlichste Dank der Laryngologen aller Länder für ihr freundliches und liberales Entgegenkommen. Derselbe sei ihnen hiermit dargebracht.

Felix Semon.

Die Laryngologie an der Universität Heidelberg.

Mit tiefem Bedauern bringen wir unseren Lesern die Kunde, dass laut Beschluss der medicinischen Facultät der Universität Heidelberg, welcher von der Grossherzoglich Badischen Regierung genehmigt worden ist, die Laryngologie vom 1. October dieses Jahres an der Otologie angegliedert worden ist und damit ihre Selbstständigkeit als Lehrgegenstand an dieser Universität verloren hat. Der Leitartikel dieser Nummer ist dieser Frage gewidmet.

Druckfehler-Berichtigung.

In No. 9 des Centralblatts, S. 435, muss es in dem Referat No. 27 des Herrn Jac. Cohn (Bromberg) heissen: Eine eitergefüllte Knochencyste etc.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, November. 1908. No. 11.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Meyer** (Berlin). **Moritz Schmidt-Metzler †.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 51. 1907.*

Nekrolog.

ALBANUS (ZARNIKO).

2) **O. Wille** (Braunschweig). **Aerztedeutsch.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 30 ff. 1906.*

Die deutsche Sprache wird auch in unserer Fachliteratur häufig dermaassen misshandelt und vergewaltigt, dass es angebracht sein dürfte, an dieser Stelle auf die ganz vortrefflichen Ausführungen Wille's hinzuweisen. Verf. hat die Abhandlung Schroeder's „vom papiernen Stil" und G. Wustmann's „Sprachdummheiten" gründlich studirt und geisselt in der Art Wustmann's die Thorheiten und Gedankenlosigkeiten, die sich in medicinischen Abhandlungen so häufig breitmachen. Die Ausführungen Wille's sind, wie ich nebenbei bemerken möchte, nicht allein nützlich, sondern auch „lustig" zu lesen und es wäre zu wünschen, dass sie, ebenso wie die vorhin erwähnten Schriften von Schroeder und Wustmann Verbreitung und Beachtung finden möchten.

ZARNIKO.

3) **Grünwald** (Reichenhall-München). **Ueber suboccipitale Entzündungen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 51 u. 52. 1907.*

Der Autor fasst seine werthvollen Beobachtungen in folgende Sätze: 1. Das „mal sousoccipital" beruht nicht nur auf Tuberculose der basalen und Wirbelknochen, sondern kann auch durch andere specifische und rein entzündliche Processe an denselben entstehen. Als solche kommen Erkrankungen des Ohres, ferner der Schädelbasis (auf traumatischem Wege) und vor allem der Nasennebenhöhlen, mitunter auch der Zähne, endlich Syphilis in Betracht. 2. Die Eiterung ruft zwar eine Reihe verschiedenartiger Symptome je nach dem Wege, welchen sie einschlägt, und den Organen, welche sie ergreift, unter allen Umständen jedoch einige typische Symptome hervor. 3. Als auffallendste oder wenigstens wichtigste dieser gemeinsamen Erscheinungen sind die mehr oder weniger weitgehende Kopfsperre sowie der frühzeitige Beginn der Schmerzen zu bezeichnen, deren Locali-

sation im Trigeminus- resp. Occipitalgebiet besonders charakteristisch erscheint. Es empfiehlt sich daher, unter Verzicht auf zu weitgehende Specialisirung in der Namengebung, alle diese Processe unter der Rubrik suboccipitaler Entzündungen zusammenzufassen und nur Ursprung und Verlauf jeweils näher zu bezeichnen. 4. Im Spätstadium weist in erster Linie das Infiltrat im Nacken auf den Sitz der Entzündung hin. Durchbruch in den Retropharyngealraum ist weniger kennzeichnend. 5) Der ursprüngliche Herd kann oft nur aus der zeitlichen und örtlichen Reihenfolge der Symptome erkannt werden, da ein und dieselbe Localisation (Ohr u. s. w.) ebensowohl primäre als secundäre Bedeutung besitzen kann. Der Herd pflegt längere Zeit latent zu bleiben. 6. Grösste Aufmerksamkeit ist den Durchbruchserscheinungen (plötzlicher Nachlass der Schmerzen, des Fiebers und der Bewegungsstörungen) zu schenken, da diese der Verbreitung des bis dahin noch enger beschränkten Processes auf weitere Gegenden entsprechen und somit gegebenenfalls den letzten Zeitpunkt verrathen, an dem noch durch sofortigen Eingriff unberechenbaren, ja tödlichen Folgen zuvorgekommen werden kann. 7. Ein sorgfältiges Temperaturstudium ist besonders geeignet, sowohl den Verlauf zu controliren als diesen kritischen Moment, in dem die Weiterverbreitung beginnt, erkennen zu lassen. 8. Vor der Entwicklung ausgesprochener Eiterung ist der Versuch, durch absolute Ruhigstellung des Kopfes (event. mittelst Zugentlastung eine Rückbildung des Processes anzustreben, gerechtfertigt.

Die vom Autor sogen. Kopfsperre besteht darin, dass der Kopf leicht nach einer Schulter geneigt und zugleich das Kinn nach dieser, der kranken Seite gedreht bleibt. Ihre Ursache hat diese Haltung in den Schmerzen, die durch eine Entzündung resp. Eiterung in der atlantooccipitalen Gegend, sowohl der Gelenke als der stellunggebenden Muskeln, hervorgerufen werden.

Der Arbeit liegen 5 Beobachtungen an Kranken zu Grunde, deren Einzelheiten im Original zu studiren sehr zu empfehlen ist; wenn sie auch nicht direct rhino-laryngologischer Natur sind, so bieten sie doch viele Beziehungen, auch differential-diagnostischer Art, zum erwähnten Fach.

Als hier besonders interessirend sei erwähnt, dass im 2. Falle sich die Eiterung der Hinterhauptbasis auf die Eiterung einer accessorischen Keilbeinhöhle zurückführen liess. Im 5. Falle hatte sich durch eine acute Kieferhöhlenentzündung die Infection durch die membranöse, wenig Widerstand leistende Hinterwand der Kieferhöhle auf die Lymphwege des hinteren Abschnittes der Nase verbreitet, von wo aus sie die peritubären und retropharyngealen Lymphgebiete erreichte. Verf. bezeichnet diesen Weg der Infection — Lymphgebiete des hinteren Nasenabschnittes, peritubäre bis retropharyngeale Lymphgefässe — als den, auf welchen die im Anschluss an Nasenoperationen sich entwickelnden Anginen entständen, welche eigentlich Lymphangitiden seien.

ALBANUS (ZARNIKO).

4) **Voigt. Ueber Gefässgeschwülste der Mund-Rachenhöhle und des Kehlkopfs.** (Aus der Kgl. Univers.-Poliklinik f. Nasen- u. Kehlkopfkrankheiten in Würzburg. Vorstand Prof. Seifert.) *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. Heft 1. 1908.*

Besprechung des relativ häufigeren Angioma simplex oder Teleangiektasie

genannt und des Angioma cavernosum. Während bei ersterer Form therapeutisches Eingreifen selten nöthig ist, wird es bei letzterer Form fast stets erforderlich, da mitunter sich auch bedenkliche Krankheitsbilder finden. Beschreibung eines solchen, welches vom subcutanen Gewebe des äusseren Halses bis in die Mund-Rachenhöhle und in den Kehlkopf vorgedrungen ist. 2 Fälle ersterer Art betrafen Schwestern.

HANSZEL.

5) **Aulike** (Berlin). **Ueber Blutgefässgeschwülste in den oberen Luftwegen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 30. 1907.*

Seit 10 Jahren hat sich bei einer 37 jährigen Frau in der Gegend der linken Tonsille und Pharynxwand ein höckeriger, blaurother, compressibler Tumor gezeigt, der vollkommen stationär blieb. Keine Beschwerden.

Uebersicht über die Literatur dieser Angiome in Pharynx und Larynx.

ALBANUS (ZARNIKO).

6) **E. Simon. Ueber die Blutungen aus den oberen Luftwegen.** *Dissertation. Königsberg 1906.*

In erschöpfender Weise bespricht S. all' die ätiologischen Momente, die zu einer Blutung aus den obern Luftwegen führen können.

Dass bei den meisten Frauen in der Schwangerschaft die Nasenschleimhaut eine stärkere Blutfüllung zeigt, kann Referent nicht bestätigen.

OPPIKOFER.

7) **Oscar Wilkinson. Die Behandlung der Blutung nach Operation in Nase, Nasenrachen und Hals. (The treatment of hemorrhage after operation on the nose, nasopharynx and throat.)** *Journal of Ophthalmology, Otology, Laryngology. Juni 1908.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

8) **R. H. Johnson. Directe Laryngoskopie, Tracheo-Bronchoskopie; Oesophagoskopie und Gastroskopie. (Direct Laryngoscopy, Tracheo-Bronchoscopy, Esophagoscopy and Gastroscopy.)** *Lancet Clinic. 4. Juli 1908.*

Der Werth der directen Methode wird demonstrirt an einem Fall von Abscess der Epiglottis, der incidirt wurde. In 2 Fällen wurde ein maligner Tumor des Oesophagus mittelst der Oesophagoskopie gesehen.

EMIL MAYER.

9) **Aparicio. Fremdkörper der Speiseröhre und des Kehlkopfs. (Cuerpo extrano del esófago y de la laringe.)** *Gacéta médica del Norte. No. 127.*

Im ersten Fall handelte es sich um ein 18 Monate altes Mädchen, das einen grossen Hemdenknopf aspirirt hatte und Erscheinungen von Asphyxie und Dysphagie zeigte. Tracheotomie; Extraction des Fremdkörpers mittelst einer Zange.

Für die Fremdkörper des Kehlkopfes unterscheidet Verf. drei Stadien: 1. Protest seitens des Larynx. 2. Relative Toleranz. 3. Entzündliche Reaction, durch welche die Situation erschwert werden kann.

TAPIA.

sation im Trigeminus- resp. Occipitalgebiet besonders charakteristisch erscheint. Es empfiehlt sich daher, unter Verzicht auf zu weitgehende Specialisirung in der Namengebung, alle diese Processe unter der Rubrik suboccipitaler Entzündungen zusammenzufassen und nur Ursprung und Verlauf jeweils näher zu bezeichnen. 4. Im Spätstadium weist in erster Linie das Infiltrat im Nacken auf den Sitz der Entzündung hin. Durchbruch in den Retropharyngealraum ist weniger kennzeichnend. 5) Der ursprüngliche Herd kann oft nur aus der zeitlichen und örtlichen Reihenfolge der Symptome erkannt werden, da ein und dieselbe Localisation (Ohr u. s. w.) ebensowohl primäre als secundäre Bedeutung besitzen kann. Der Herd pflegt längere Zeit latent zu bleiben. 6. Grösste Aufmerksamkeit ist den Durchbruchserscheinungen (plötzlicher Nachlass der Schmerzen, des Fiebers und der Bewegungsstörungen) zu schenken, da diese der Verbreitung des bis dahin noch enger beschränkten Processes auf weitere Gegenden entsprechen und somit gegebenenfalls den letzten Zeitpunkt verrathen, an dem noch durch sofortigen Eingriff unberechenbaren, ja tödlichen Folgen zuvorgekommen werden kann. 7. Ein sorgfältiges Temperaturstudium ist besonders geeignet, sowohl den Verlauf zu controliren als diesen kritischen Moment, in dem die Weiterverbreitung beginnt, erkennen zu lassen. 8. Vor der Entwicklung ausgesprochener Eiterung ist der Versuch, durch absolute Ruhigstellung des Kopfes (event. mittelst Zugentlastung) eine Rückbildung des Processes anzustreben, gerechtfertigt.

Die vom Autor sogen. Kopfsperre besteht darin, dass der Kopf leicht nach einer Schulter geneigt und zugleich das Kinn nach dieser, der kranken Seite gedreht bleibt. Ihre Ursache hat diese Haltung in den Schmerzen, die durch eine Entzündung resp. Eiterung in der atlantooccipitalen Gegend, sowohl der Gelenke als der stellunggebenden Muskeln, hervorgerufen werden.

Der Arbeit liegen 5 Beobachtungen an Kranken zu Grunde, deren Einzelheiten im Original zu studiren sehr zu empfehlen ist; wenn sie auch nicht direct rhino-laryngologischer Natur sind, so bieten sie doch viele Beziehungen, auch differential-diagnostischer Art, zum erwähnten Fach.

Als hier besonders interessirend sei erwähnt, dass im 2. Falle sich die Eiterung der Hinterhauptbasis auf die Eiterung einer accessorischen Keilbeinhöhle zurückführen liess. Im 5. Falle hatte sich durch eine acute Kieferhöhlenentzündung die Infection durch die membranöse, wenig Widerstand leistende Hinterwand der Kieferhöhle auf die Lymphwege des hinteren Abschnittes der Nase verbreitet, von wo aus sie die peritubären und retropharyngealen Lymphgebiete erreichte. Verf. bezeichnet diesen Weg der Infection — Lymphgebiete des hinteren Nasenabschnittes, peritubäre bis retropharyngeale Lymphgefässe — als den, auf welchen die im Anschluss an Nasenoperationen sich entwickelnden Anginen entständen, welche eigentlich Lymphangitiden seien.

ALBANUS (ZARNIKO).

4) **Voigt. Ueber Gefässgeschwülste der Mund-Rachenhöhle und des Kehlkopfs.** (Aus der Kgl. Univers.-Poliklinik f. Nasen- u. Kehlkopfkrankheiten in Würzburg. Vorstand Prof. Seifert.) *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. Heft 1. 1908.*

Besprechung des relativ häufigeren Angioma simplex oder Teleangiektasie

genannt und des Angioma cavernosum. Während bei ersterer Form therapeutisches Eingreifen selten nöthig ist, wird es bei letzterer Form fast stets erforderlich, da mitunter sich auch bedenkliche Krankheitsbilder finden. Beschreibung eines solchen, welches vom subcutanen Gewebe des äusseren Halses bis in die Mund-Rachenhöhle und in den Kehlkopf vorgedrungen ist. 2 Fälle ersterer Art betrafen Schwestern.

HANSZEL.

5) **Aulike** (Berlin). **Ueber Blutgefässgeschwülste in den oberen Luftwegen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 30. 1907.*

Seit 10 Jahren hat sich bei einer 37jährigen Frau in der Gegend der linken Tonsille und Pharynxwand ein höckeriger, blaurother, compressibler Tumor gezeigt, der vollkommen stationär blieb. Keine Beschwerden.

Uebersicht über die Literatur dieser Angiome in Pharynx und Larynx.

ALBANUS (ZARNIKO).

6) **E. Simon. Ueber die Blutungen aus den oberen Luftwegen.** *Dissertation. Königsberg 1906.*

In erschöpfender Weise bespricht S. all' die ätiologischen Momente, die zu einer Blutung aus den obern Luftwegen führen können.

Dass bei den meisten Frauen in der Schwangerschaft die Nasenschleimhaut eine stärkere Blutfüllung zeigt, kann Referent nicht bestätigen.

OPPIKOFER.

7) **Oscar Wilkinson. Die Behandlung der Blutung nach Operation in Nase, Nasenrachen und Hals. (The treatment of hemorrhage after operation on the nose, nasopharynx and throat.)** *Journal of Ophthalmology, Otology, Laryngology. Juni 1908.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

8) **R. H. Johnson. Directe Laryngoskopie, Tracheo-Bronchoskopie; Oesophagoskopie und Gastroskopie. (Direct Laryngoscopy, Tracheo-Bronchoscopy, Esophagoscopy and Gastroscopy.)** *Lancet Clinic. 4. Juli 1908.*

Der Werth der directen Methode wird demonstrirt an einem Fall von Abscess der Epiglottis, der incidirt wurde. In 2 Fällen wurde ein maligner Tumor des Oesophagus mittelst der Oesophagoskopie gesehen.

EMIL MAYER.

9) **Aparicio. Fremdkörper der Speiseröhre und des Kehlkopfs. (Cuerpo extrano del esófago y de la laringe.)** *Gacéta médica del Norte. No. 127.*

Im ersten Fall handelte es sich um ein 18 Monate altes Mädchen, das einen grossen Hemdenknopf aspirirt hatte und Erscheinungen von Asphyxie und Dysphagie zeigte. Tracheotomie; Extraction des Fremdkörpers mittelst einer Zange.

Für die Fremdkörper des Kehlkopfes unterscheidet Verf. drei Stadien: 1. Protest seitens des Larynx. 2. Relative Toleranz. 3. Entzündliche Reaction, durch welche die Situation erschwert werden kann.

TAPIA.

10) **Paul Manasse** (Strassburg i. E.). **Einige Fremdkörperfälle.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 351. 1907.*

Der erste Fall stellt einen Fremdkörper (2 kleine Bruchstücke von Eierschalen) im untersten Theil der Trachea bei einem 6jährigen Mädchen dar. Die vor vier Wochen aspirirten Fremdkörper machten zunehmenden Husten und Athemnoth; nach Ausführung der Bronchoskopie in Rückenlage unter Narkose wurden sie ausgehustet.

Auch beim zweiten Fall kam ein glücklicher Zufall zu Hilfe. Es handelte sich um einen kleinen Haken, wie er zum Schliessen der Kleider benutzt wird, der sich bei einem 8jährigen Knaben in dem rechten Morgagni'schen Ventrikel vor 6 Monaten festgesetzt hatte. Beim Einüben des Knaben mit der Sonde setzte sich der Haken mittelst seiner beiden Drahtbalken an dieser fest und konnte so extrahirt werden. Die Symptome bestanden nur in Heiserkeit.

Beim dritten Fall handelte es sich um ein ca. 29 cm grosses Glasstück in der Orbita, das bei der Röntgenuntersuchung eine Fractur der vorderen und unteren Stirnhöhlenwand vorgetäuscht hatte.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

11) **H. Ziesché** (Breslau). **Ueber Tröpfchenverstreuung und Infectionsgefahr beim Kehlkopfspiegeln Tuberculöser.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 38. 1907.*

Es gibt 2 Arten von Tröpfchen, die hustende Phthisiker zerstreuen. Bronchialtröpfchen, seltener, Tuberkelbacillen enthaltend und Mundtröpfchen, häufiger, grösser, fast nie Tuberkelbacillen enthaltend. Verf. benutzte zu seinen Versuchen 12 Objectivträger, die in einen Blechrahmen gespannt, den Raum von 324 qcm einnahmen. Der Rahmen wurde in frontaler Stellung hinter dem Reflector des Untersuchers angebracht. Die Ausbeute der Spiegelversuche war überraschend gering an Tröpfchen und Bacillen. Diese Erscheinung wird erklärt durch das Verhalten des Untersuchers, wie durch die besonderen Verhältnisse des Kranken. Im entscheidenden Moment des Hustens haben Arzt und Patient gewöhnlich durch Abwenden des Kopfes die Distanz auf ca. 90 cm vergrössert und der Arzt ist so ausser Bereich des Zerstreuungskreises des Hustenden gelangt; ausserdem halten fast alle Kehlkopfärzte instinctiv im entscheidenden Moment den Athem an. Der Hauptfactor liegt jedoch in dem mangelnden Glottisschluss, der gewöhnlich durch Larynxulceration bedingt ist und der die Exspirationskraft gewöhnlich so herabsetzt, dass nur selten Bronchialtröpfchen mit Tuberkelbacillen ausgehustet werden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **W. Stuart-Low** (London). **Collaps der Nasenflügel und enge Nasenlöcher. (Alar collapse and narrow nares.)** *The Clinical Journal. Bd. 32. p. 206. 8. Juli 1908.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass manche Fälle von Nasenverstopfung vergebens durch Operationen an der Scheidewand und an andern Theilen des

Naseninnern behandelt werden, während es sich um eine Ansaugung der Nasenflügel handelt und nach seiner Erfahrung sollen auch ausgesprochene Fälle von innerer Nasenverstopfung durch Behebung jenes Umstandes genügend beeinflusst worden sein. Verf. meint, dass enge Nasenlöcher auf Collaps der Nasenflügel oder ein zu dickes häutiges Septum zurückzuführen sind oder auf eine Combination von mehreren dieser Dinge. Er beschreibt eine Operation zur Entfernung des verdickten Knorpels, wodurch eine Abflachung der Nasenflügel bewirkt wird. Dies soll seiner Erfahrung nach zur Folge haben, dass die schlaffen Nasenflügel offengehalten und permanent in ihrer verbesserten Position erhalten bleiben.

JAMES DONELAN.

13) **Carl Leuwer** (Bonn). **Ein Vorschlag zur Therapie der Nasenflügel-Insufficienz.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 3. 1908.*

Verf. berichtet über einen Fall, bei dem er durch modificirte Anwendung der seiner Zeit empfohlenen Paraffineinspritzung in die Nasenflügel einen recht guten Erfolg erzielte. Er ging in der Weise vor, „dass er die mit Hartparaffin gefüllte Spritze dicht am Septum in den Nasenboden einstach und die Spitze bis in die Ala vorschob. Unter langsamem Zurückziehen wurde Paraffin in das Gewebe eingespritzt“. „Auf diese Weise bringt man erstens eine Art Keil zwischen Flügel und Scheidewand, der beide voneinander drängt, zweitens vergrössert man den Nasenboden um ein Stück der Ala, bekommt also durch beides eine — beliebig zu regulirende — Vergrösserung des Naseneingangs“. Auch kosmetisch war das Resultat gut.

HECHT.

14) **W. Dubreuille. Autoplastik des Nasenflügels. (Autoplastic de l'aile du nez.)** *Gaz. hebdomad. des sciences médicales de Bordeaux. 29. August 1907.*

Der Fall betraf eine ältere Person; Heilung nach Excision des Tumors und unmittelbar folgende Autoplastik.

BRINDEL.

15) **Rueda** (Madrid). **Retentionscyste des Naseneingangs. (Quiste por retencion del vestibulo nasal.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. 1.*

Die Cyste hatte die Grösse einer Haselnuss; nachdem das Wachsthum mehrere Jahre lang sehr langsam vor sich gegangen war, trat in einigen Tagen eine rapide Vergrösserung ein. Incision; Exstirpation der Wände; der Inhalt der Cyste war sanguinolent; die plötzliche Grössenzunahme war durch eine Blutung zu erklären.

TAPIA.

16) **E. Bergh** (Malmö). **Zur Casuistik der Abscesse des Naseneinganges.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1907.*

Mittheilung eines einschlägigen Falles. Der Abscess sass an der Innenseite des rechten Nasenflügels, im Eiter wurden Staphylokokken nachgewiesen.

HECHT.

17) **Otto J. Freer. Dilatirte Aederchen auf der äusseren Nase. Ihre dauernde Beseitigung durch die positive galvanische Nadel. (Dilated veinlets upon the external nose; their permanent closure with the positive galvanic needle.)** *Chicago Medical Record. 15. November 1907.*

Es wird der constante galvanische Strom benutzt. Eine sehr feine Platin-

Iridiumnadel, die mit dem positiven Pol verbunden ist, wird in das Gefäss eingestochen, während die breite negative Elektrode in der Hand gehalten wird.

Es werden 2—5 Milliampères benutzt. Zahlreiche Gefässe wurden in zwei Sitzungen beseitigt.

EMIL MAYER.

18) **Morestin** (Paris). **Epitheliom der Nasenwurzel und des rechten Augenwinkels. (Epithélioma de la racine du nez et de l'angle de l'oeil droit.)** *Bulletin de la société de chirurgie. 12. Mai 1908.*

Die Geschwulst war auf die Augenlider, die Conjunctiva und die Thränengänge weiter gegangen. Es wurde eine autoplastische Operation gemacht, die an der Hand von drei Abbildungen genau beschrieben wird.

GONTIER de la ROCHE.

19) **Gersuny. Chirurgische Behandlung des Rhinophym. (Surgical treatment of rhinophyma.)** *N. Y. Medical Record. 2. Mai 1908.*

Die Operation geschieht unter Localanästhesie. Es wird der Tumor nahe an seinem Rand umschnitten, der darunter liegende Knorpel freigelegt; sodann wird die Haut rings herum unterminirt, der Tumor entfernt, so dass überall ein schmaler Saum von gesunder Haut bleibt. Dieser freie Saum wird durch einige Nähte in der Wunde befestigt. Die übrige Wundfläche wird mit Epidermislappen bedeckt, die von den exstirpirten Tumoren genommen sind. Es sind bisher sieben Patienten mit sehr gutem Resultat so operirt worden.

LEFFERTS.

20) **Rerât. Raynaud'sche Krankheit mit Gangrän der Nase. (Syndrome de Raynaud avec gangrène du nez.)** *Soc. de pédiatrie. 16. April 1907.*

Ein 10jähriges Kind wird im Verlauf einer Gastro-Enteritis von einem infectiösen Erythem des Gesichts, des Halses und der Knie befallen. Gleichzeitig Raynaud'scher Symptomencomplex mit Localisation an der Nase und Ausgang in trockene, auf die oberflächliche Partie der Nase beschränkte Gangrän.

A. CARTAZ.

21) **M. v. Zeissl** (Wien). **Die Behandlung der Acne rosacea.** *Münchener med. Wochenschr. No. 20. 1908.*

Bericht über günstige Erfolge innerlicher Verabreichung von Bierhefe, insbesondere der Cerolinpillen und in zweiter Linie der Levurinose. Neuerdings erreichte Zeissl sehr schöne Heilungserfolge durch Bestreichen von unverdünntem Eisenchlorid auf die erkrankten Hautstellen, und zwar Morgens und Abends. „Nach 4—5 Tagen bildet sich auf der bestrichenen Stelle eine ziemlich dicke Kruste. Sobald sich diese entwickelt hat, hört man mit dem Einpinseln auf und wartet, bis die Kruste von selbst abfällt. Spannt die bestrichene Hautstelle stark, so bedeckt man dieselbe mit einem mit Wilson'scher Salbe dick bestrichenen Leinwandlappen. Bei intensiver Entzündung applicirt man den Eisbeutel. Ist die Kruste entfernt und die Haut nicht zu stark irritirt, so kann man sofort wieder die Einpinselung mit Eisenchlorid aufnehmen. Eine derartige Behandlung dauert meist, da öftere Unterbrechung nöthig wird, 3—4 Monate.“ „Sind Acne vulgaris und rosacea combinirt, ist die innerliche Verabreichung der Bierhefe neben der localen Behandlung besonders angezeigt.“

HECHT.

22) **Theodor Mayer** (Berlin). **Ein Fall von Primäraffect der Nase.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 49. Vereinsbeilage. 1907.*

Der Primäraffect sass an der Nasenspitze, etwas auf den linken Nasenflügel übergreifend. Fühlbare Schwellung der regionären Lymphdrüsen. Roseola. Spirochaeta pallida im Ausstrich. Anamnese unklar.

ALBANUS (ZARNIKO).

23) **H. Loeb. Die extragenitale Syphilisinfection, speciell der Primäraffect der Nase.** *Dissert. Würzburg 1906.*

In der fleissigen unter der Leitung von Seifert entstandenen Dissertation hat Verf. 249 Fälle von Primäraffect der Nase aus der Literatur gesammelt und schildert an Hand dieses Materiales das ganze Krankheitsbild. Aus leicht ersichtlichen Gründen findet sich der Primäraffect am häufigsten am Naseneingang. In 6 Fällen waren 2 Primäraffecte in der Nase vorhanden, und in 7 weiteren Fällen kam die Sklerose der Nase multipel mit Sklerose an anderen Körperstellen vor.

OPPIKOFER.

24) **John O. Roe. Bericht über einen Fall von Deformität der Nase infolge von Lupus, corrigirt durch die subcutane Methode. (Report of a case of deformity of the nose resulting from lupus; corrected by the subcutaneous method.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Durch ausgedehnte Entfernung des lupösen Gewebes war Heilung eingetreten, jedoch hatte sich in Folge des Gewebsverlustes und der Narbenbildung eine starke Deformität gebildet. Die Nasenspitze war kegelförmig, nach unten gerichtet. An beiden Nasenflügeln bestanden Narbencontractionen; Der Septumknorpel war verloren gegangen. Es wurde auf beiden Seiten eine plastische Operation ausgeführt, die genau beschrieben wird, mit ausgezeichnetem Erfolg sowohl in Bezug auf die Kosmetik wie auf die Wiederherstellung der Nasenathmung, die seit 6 Jahren völlig behindert gewesen war.

EMIL MAYER.

25) **Lagarde** (Paris). **Nasenprothese mittels Injectionen von kaltem Paraffin. (Prothèse nasale par les injections de paraffine froide.)** *Journal des Practiciens. 21. März 1908.*

Demonstration eines neuen, die Technik vereinfachenden Instrumentariums.

GONTIER de la ROCHE.

26) **S. Strin** (Kopenhagen). **Eine neue Paraffinspritze.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 530. 1907.*

Die Spritze besteht aus 2 Theilen: Cylinder und Stempelstange, ausser den Canülen, welche mit beliebigen Krümmungen, Stärken und Längen geliefert werden können.

Der Cylinder ist sehr solide gebaut und mit einem Quergriff versehen, welcher die volle Kraft auszunutzen gestattet. Die Lichtung ist dieselbe in ihrer ganzen Länge und ganz mit Schraubengewinden versehen. Die Spritze hat keinen eigentlichen Stempel. Die Stempelstange hat Schraubengewinde in ihrer ganzen Länge und ist mit einem Quergriff, wie der Cylinder, versehen. Die Spritze wird von C. Nyrop's Etablissement, Copenhagen, in den Handel gebracht. Abbildungen erläutern die Beschreibung.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

27) **Joseph** (Berlin). **Beiträge zur Rhinoplastik.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 16. 1907.*

Bei einer sehr prominenten Nase, deren Vergrösserung vor Allem durch übermässiges Wachsthum des viereckigen Knorpels des Septums bewirkt war, wurde auf intranasalem Weg unter localer Anästhesie eine sehr wirksame Verkleinerung der Nase, wie die beigegebenen Bilder zeigen, erzielt.

In einem zweiten Falle wurde eine angeborene Sattelnase durch intranasale Ueberpflanzung eines Knochenstückes aus der Tibia corrigirt.

Und in einem dritten Falle von traumatischer Sattelnase wurde der Defect intranasal ersetzt aus dem Septum angehörigen Partien der Flügelknorpel, wovon Knorpelstücke resecirt wurden, weil das Septum zu lang war. Auch hier tadelloser Erfolg.

ALBANUS (ZARNIKO).

28) **Koch** (Berlin). **Zur Behandlung der Sattelnase.** *Berliner klin. Wochenschr No. 19. 1907.*

Der Autor bemerkt zu der Arbeit von Joseph, dass er schon vor ihm nach dem Vorgang von Eckstein eine Paraffinprothese auf intranasalem Wege (nicht von der äusseren Haut aus) bei einer Sattelnase unter den Sattel mit gutem Erfolg implantirt habe. Hervorhebung der Einfachheit dieser Methode vor der der Ueberpflanzung eines Tibiastückes.

Kurzer Hinweis auf vom Autor construirte Instrumente zur Operation der schiefen Nase.

ALBANUS (ZARNIKO).

29) **Joseph** (Berlin). **Bemerkungen zu den Bemerkungen von Fritz Koch über meine Beiträge zur Rhinoplastik.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 23. 1907.*

Zurückweisung der Priorität Koch's bezüglich endonasaler Paraffinimplantation.

ALBANUS (ZARNIKO).

30) **Koch** (Berlin). **Erwiderung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 25. 1907.*

Behauptung der Priorität.

ALBANUS (ZARNIKO).

31) **Fritz Koch** (Berlin). **Eine gedeckte Fraise zur endonasalen Operation der Höckernase zwecks Formverbesserung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 160.*

Abbildung und kurze Beschreibung des Instruments.

F. KLEMPERER.

32) **George Laurens. Herkunft der Ozaena von Hunden. (Ozaena derived from the dog.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Februar 1908.*

Vor einem Jahre sprach Perez (Buenos-Aires) die Meinung aus, dass die Ozaena, die Löwenberg ja für eine contagiöse Erkrankung erklärt hatte, durch Umgang mit Hunden acquirirt werden könne. P. hatte 20 Fälle gesammelt, die ihm für diesen Modus zu sprechen schienen; er fand den Löwenberg'schen Bacillus beim Hunde, blieb aber den Nachweis schuldig, dass bei den Thieren Ozaena vorhanden war. Verf. bespricht diese Theorie und kommt zu dem Schluss, dass sie jedenfalls neben den sonst schon vorhandenen Gründen dazu beitrage, uns im Umgang mit Hunden Vorsicht nahezulegen.

LEFFERTS.

33) **Guinel. Behandlung der essentiellen Ozaena. (Traitement curatif de l'ozène essentiel.)** *Progrès médical. 18. April 1908.*

Verf. empfielt Spülungen mit „Anios" (Trioxychlormethyl-Vanadium) in 1 bis 2proc. Lösung. GONTIER de la ROCHE.

34) **Swershewski. Ozaenabehandlung mit Paraffininjectionen. (Letschenie ozaeni wpriskiwaniem paraffine.)** *Jeshemejatschnik. No. 7. 1907.*

S. behandelte 23 Patienten mit Paraffin, welche er nach der Schwere in 3 Gruppen theilt. Alle Patienten aus der Gruppe schwerer Ozaena wurden gebessert nur auf 2—3 Monate, dann stellten sich die früheren Symptome wieder ein. In der Mittelgruppe beobachtete S. einige Dauerheilungen. Von den leichten Fällen besserte sich der Zustand bei mehreren. P. HELLAT.

35) **Menier** (Figeac, Frankreich). **Das Sandelöl in der Behandlung der Ozaena.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 46. 1907.*

Verf. empfiehlt Santyl Knoll, das aus dem Salicylsäureester des Sandelöls besteht, bei Ozaena. In 3 Fällen, wo einmal wöchentlich, allerdings neben mechanischer Reinigung, gepinselt wurde, verschwand beinahe Borkenbildung und Geruch. Anregung zu weiteren Versuchen mit dem Mittel. ALBANUS (ZARNIKO).

36) **Holger Mygind** (Kopenhagen). **Lupus cavi nasi. Eine klinische Untersuchung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 484.*

Studie an 200 Lupuspatienten, von denen 129 nasale Erscheinungen hatten, über die Localisation der Lupusaffection im Naseninnern. F. KLEMPERER.

37) **Ernst Pasch** (Breslau). **Beiträge zur Klinik der Nasentuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 454.*

Monographische Besprechung der Symptomatologie, des Verlaufs, der Diagnose und der Therapie der Nasentuberculose auf Grund von 17 auf der Brieger-schen Abtheilung beobachteten Fällen. F. KLEMPERER.

38) **W. Thrasher. Primäre Nasentuberculose. (Primary nasal tuberculosis.)** *The Lancet Clinic. 17. August 1907.*

Verf. berichtet einen Fall von der hyperplastischen Form augenscheinlich primärer Nasentuberculose bei einem 15jährigen Mädchen. Die Nasenlöcher waren völlig verlegt durch Tumoren von blumenkohlförmigem Aussehen, von grauer Farbe mit reichlicher mucopurulenter Secretion, die beiderseits von den Muscheln ausgingen. Der Nasenrachen war mit ähnlichen Geschwülsten ausgefüllt. Die mikroskopische Untersuchung ergab das histologische Bild der Tuberculose. Entfernung der Geschwülste; Cauterisation mit Milchsäure und Trichloressigsäure; Allgemeinbehandlung. Ein Recidiv nach 4 Jahren wurde ebenso behandelt. Nach 7 Jahren war Patient völlig gesund. Die Prognose der primären Nasentuberculose ist im Allgemeinen gut. EMIL MAYER.

39) **Georg Cohn** (Königsberg i. Pr.). **Altes und Neues zur Nasentuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 338. 1907.*

Nach eingehender Besprechung der Fachliteratur unterscheidet Verf. aus

eigener Anschauung unter den tuberculösen Affectionen der Nasenhöhlen den Lupus und die Tuberculose. — Der Lupus mit oder ohne Affection der äusseren Nase in Form von Granulationen auftretend im vorderen Nasentheil, zumeist am Septum, aber auch an den Muscheln und am Nasenboden bei sonst gesunden, oft blühenden, meist jugendlichen Personen, häufig unter dem Bilde des Eczema vestibuli und der Rhinitis sicca anterior. Die Tuberculose meist in Form von Ulcerationen event. mit Infiltrationen, Tumoren und Granulationen vergesellschaftet; fast immer secundär bei hochgradig tuberculösen decrepiden Personen mit weit vorgeschrittener Tuberculose der Lungen und des Kehlkopfes und oft auch des Rachens. Als wichtig wäre noch hervorzuheben, dass nach Ansicht des Verf.'s der äussere Nasenlupus meist von dem vorderen Winkel des Nasenloches ausgeht und nur so durch Rhinoskopie festzustellen ist und dass der primäre Nasenschleimhautlupus Monate und Jahre ganz isolirt ohne sonstige tuberculöse Erscheinungen bestehen kann. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

40) **A. Onodi** (Budapest). **Die Resection der Nasenscheidewand bei primärer Tuberculose.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 26. 1906.*

Die linke Nasenseite eines 60jährigen Mannes zeigte eine sich über den grössten Theil der Pars cartilaginea septi erstreckende Veränderung (Ulcus mit aufgeworfenen Rändern), die als ein malignes Neoplasma imponirte. Da die histologische Untersuchung eines excidirten Stückes diesen Verdacht bestärkte, so nahm Verf., nachdem er durch einen Längsschnitt entlang dem Nasenrücken und durch temporäre Resection des Proc. frontalis oss. max. sich einen weiten Zugang verschafft hatte, die Resection der kranken Partie des Septums vor. Das resecirte Stück war 38 mm lang, 30 mm breit und 12 mm dick. Nach der histologischen Untersuchung nahm man an, dass der Process nicht malignes Neoplasma, sondern Tuberculose gewesen ist. (Der Ref. sieht diese Diagnose durch die mitgetheilten Daten nicht als gesichert an; es fehlte jegliche Verkäsung oder sonstige Degeneration.) ZARNIKO.

41) **R. Sondermann** (Dieringhausen). **Zur Saugtherapie bei Nasenerkrankungen.** *Mit 3 Abb. Münchener med. Wochenschr. No. 45. 1906.*

Angabe einer neuen auskochbaren Glasolive mit eingeschliffenem Glasstift und kritische Besprechung mehrerer in letzter Zeit erschienener einschlägiger Arbeiten. Zu kurzem Referat nicht geeignet. HECHT.

42) **J. Martin** (Magdeburg). **Zur Technik der Saugbehandlung von Nasenleiden.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 52. 1906.*

Beschreibung und Abbildung einer gläsernen Olive, die absolut dicht in das Nasenloch eingelegt werden kann. ZARNIKO.

43) **Leuwer** (Bonn). **Ein neuer Nasensauger.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 10. 1906.*

Der Apparat besteht aus zwei Glasoliven, einem Ypsilonrohr und der zur Luftverdünnung dienenden Vorrichtung (Gummiballon oder besser Saugpumpe).

Alle Theile sind durch starke Gummischläuche mit einander verbunden. Vorzüge vor dem Sondermann'schen Apparat: Reinlichkeit und Billigkeit. ZARNIKO.

44) **Seifert** (Würzburg). **Lupus und Tuberculose des Nasenrachenraumes.** *Med. Klinik. No. 16, 17. 1908.*

Die vorliegende Arbeit ist eigentlich nur als eine Ergänzung und Fortsetzung seiner Bearbeitung dieser Frage in Heymann's Handbuch anzusehen, dementsprechend mehr eine literarische Studie, in welcher besonders hervorgehoben wird, dass Lupus des Nasenrachenraumes zweifellos häufiger vorkommt, als im Allgemeinen angenommen wird. AUTOREFERAT.

c. Mundrachenhöhle.

45) **P. Albrecht. Ueber das seitliche Pharynxdivertikel.** (Aus der II. chirurg. Universitätsklinik des Hofrath Hochenegg in Wien.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Nach einigen kurzen erklärenden Bemerkungen über die embryonale Entwicklung des Rachens, sowie über die Arten des Zustandekommens eines Divertikels daselbst, beschreibt der Verf. einen von ihm operirten Fall eines Divertikels, welches vom Recessus piriformis seinen Ausgang genommen hat. Weder durch das Bild des Operationsfeldes, noch durch die laryngoskopische Untersuchung konnte sichergestellt werden, ob man einen Rest der dritten oder vierten Schlundfurche als prädisponirendes Moment für das Zustandekommen des Divertikels ansehen soll. A. meint, dass das Divertikel aus einer angeborenen uncompletten inneren Halsfistel im Recess. pirif. sich entwickelt hat, Abgrenzung gegen ein Grenzdivertikel des Oesophagus und gegen eine Aerocele, ferner gegen Struma aberrata, Lymphcavernom. Von der grössten diagnostischen Bedeutung für ein Rachendivertikel ist der Wechsel im Befunde. HANSZEL.

46) **Westenhoeffer** (Berlin). **Ueber die practische Bedeutung der Rachenerkrankung bei der Genickstarre.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 38. 1907.*

Practisch wichtig ist die Thatsache der regelmässigen „Feststellung der Meningokokken im Rachensecret von Meningitiskranken und zwar gerade in den ersten Krankheitstagen, ferner im Rachensecret von Pharyngitiskranken und von Gesunden". Eine Erkrankung des Nasenrachens und der Rachentonsille fehlt in der Regel bei der tuberculösen Meningitis, während sie, am acutesten in den ersten Tagen, dann verhältnissmässig früh verschwindend, bei der epidemischen Meningitis immer anzutreffen ist. Die therapeutischen localen Bemühungen, diesen primären Herd der Ansiedelung der Meningokokken zu beseitigen, haben bislang keinen Erfolg gehabt. Die Verbreitung der Erkrankung, die bekanntlich Kinder bis zum 14. Jahr besonders befällt, wird weniger durch Kinder bewirkt, die meistens ihr Sputum verschlucken, als durch erwachsene Kokkenträger aus der Umgebung eines Meningitiskranken, welche das Sputum ausspucken und damit die Kokken verbreiten.

eigener Anschauung unter den tuberculösen Affectionen der Nasenhöhlen den Lupus und die Tuberculose. — Der Lupus mit oder ohne Affection der äusseren Nase in Form von Granulationen auftretend im vorderen Nasentheil, zumeist am Septum, aber auch an den Muscheln und am Nasenboden bei sonst gesunden, oft blühenden, meist jugendlichen Personen, häufig unter dem Bilde des Eczema vestibuli und der Rhinitis sicca anterior. Die Tuberculose meist in Form von Ulcerationen event. mit Infiltrationen, Tumoren und Granulationen vergesellschaftet; fast immer secundär bei hochgradig tuberculösen decrepiden Personen mit weit vorgeschrittener Tuberculose der Lungen und des Kehlkopfes und oft auch des Rachens. Als wichtig wäre noch hervorzuheben, dass nach Ansicht des Verf.'s der äussere Nasenlupus meist von dem vorderen Winkel des Nasenloches ausgeht und nur so durch Rhinoskopie festzustellen ist und dass der primäre Nasenschleimhautlupus Monate und Jahre ganz isolirt ohne sonstige tuberculöse Erscheinungen bestehen kann. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

40) **A. Onodi** (Budapest). **Die Resection der Nasenscheidewand bei primärer Tuberculose.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 26. 1906.*

Die linke Nasenseite eines 60jährigen Mannes zeigte eine sich über den grössten Theil der Pars cartilaginea septi erstreckende Veränderung (Ulcus mit aufgeworfenen Rändern), die als ein malignes Neoplasma imponirte. Da die histologische Untersuchung eines excidirten Stückes diesen Verdacht bestärkte, so nahm Verf., nachdem er durch einen Längsschnitt entlang dem Nasenrücken und durch temporäre Resection des Proc. frontalis oss. max. sich einen weiten Zugang verschafft hatte, die Resection der kranken Partie des Septums vor. Das resecirte Stück war 38 mm lang, 30 mm breit und 12 mm dick. Nach der histologischen Untersuchung nahm man an, dass der Process nicht malignes Neoplasma, sondern Tuberculose gewesen ist. (Der Ref. sieht diese Diagnose durch die mitgetheilten Daten nicht als gesichert an; es fehlte jegliche Verkäsung oder sonstige Degeneration.) ZARNIKO.

41) **R. Sondermann** (Dieringhausen). **Zur Saugtherapie bei Nasenerkrankungen.** *Mit 3 Abb. Münchener med. Wochenschr. No. 45. 1906.*

Angabe einer neuen auskochbaren Glasolive mit eingeschliffenem Glasstift und kritische Besprechung mehrerer in letzter Zeit erschienener einschlägiger Arbeiten. Zu kurzem Referat nicht geeignet. HECHT.

42) **J. Martin** (Magdeburg). **Zur Technik der Saugbehandlung von Nasenleiden.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 52. 1906.*

Beschreibung und Abbildung einer gläsernen Olive, die absolut dicht in das Nasenloch eingelegt werden kann. ZARNIKO.

43) **Leuwer** (Bonn). **Ein neuer Nasensauger.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 10. 1906.*

Der Apparat besteht aus zwei Glasoliven, einem Ypsilonrohr und der zur Luftverdünnung dienenden Vorrichtung (Gummiballon oder besser Saugpumpe).

Alle Theile sind durch starke Gummischläuche mit einander verbunden. Vorzüge vor dem Sondermann'schen Apparat: Reinlichkeit und Billigkeit. ZARNIKO.

44) **Seifert** (Würzburg). **Lupus und Tuberculose des Nasenrachenraumes.** *Med. Klinik. No. 16, 17. 1908.*

Die vorliegende Arbeit ist eigentlich nur als eine Ergänzung und Fortsetzung seiner Bearbeitung dieser Frage in Heymann's Handbuch anzusehen, dementsprechend mehr eine literarische Studie, in welcher besonders hervorgehoben wird, dass Lupus des Nasenrachenraumes zweifellos häufiger vorkommt, als im Allgemeinen angenommen wird. AUTOREFERAT.

c. Mundrachenhöhle.

45) **P. Albrecht. Ueber das seitliche Pharynxdivertikel.** (Aus der II. chirurg. Universitätsklinik des Hofrath Hochenegg in Wien.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Nach einigen kurzen erklärenden Bemerkungen über die embryonale Entwicklung des Rachens, sowie über die Arten des Zustandekommens eines Divertikels daselbst, beschreibt der Verf. einen von ihm operirten Fall eines Divertikels, welches vom Recessus piriformis seinen Ausgang genommen hat. Weder durch das Bild des Operationsfeldes, noch durch die laryngoskopische Untersuchung konnte sichergestellt werden, ob man einen Rest der dritten oder vierten Schlundfurche als prädisponirendes Moment für das Zustandekommen des Divertikels ansehen soll. A. meint, dass das Divertikel aus einer angeborenen uncompletten inneren Halsfistel im Recess. pirif. sich entwickelt hat, Abgrenzung gegen ein Grenzdivertikel des Oesophagus und gegen eine Aerocele, ferner gegen Struma aberrata, Lymphcavernom. Von der grössten diagnostischen Bedeutung für ein Rachendivertikel ist der Wechsel im Befunde. HANSZEL.

46) **Westenhoeffer** (Berlin). **Ueber die practische Bedeutung der Rachenerkrankung bei der Genickstarre.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 38. 1907.*

Practisch wichtig ist die Thatsache der regelmässigen „Feststellung der Meningokokken im Rachensecret von Meningitiskranken und zwar gerade in den ersten Krankheitstagen, ferner im Rachensecret von Pharyngitiskranken und von Gesunden". Eine Erkrankung des Nasenrachens und der Rachentonsille fehlt in der Regel bei der tuberculösen Meningitis, während sie, am acutesten in den ersten Tagen, dann verhältnissmässig früh verschwindend, bei der epidemischen Meningitis immer anzutreffen ist. Die therapeutischen localen Bemühungen, diesen primären Herd der Ansiedelung der Meningokokken zu beseitigen, haben bislang keinen Erfolg gehabt. Die Verbreitung der Erkrankung, die bekanntlich Kinder bis zum 14. Jahr besonders befällt, wird weniger durch Kinder bewirkt, die meistens ihr Sputum verschlucken, als durch erwachsene Kokkenträger aus der Umgebung eines Meningitiskranken, welche das Sputum ausspucken und damit die Kokken verbreiten.

Erwähnung eines Falles von Meningokokken-Meningitis nach Lumbalanästhesie mit Stovain, bei dem absolut kein Zusammenhang mit einem epidemischen Meningitisfall nachgewiesen werden konnte, so dass man zu der Annahme kommen kann, dass die Meningokokken als Rachenbewohner bei gesunden Menschen vorkommen können.

In der Discussion (Berl. klin. Wochenschr. No. 35) meint Ewald (Berlin), dass in dem angeführten Falle durch Zufall doch irgend woher eine Infection eingetreten sei, die aber zufällig nach der Stovaininjection zum Ausbruch kam.

Auf die Frage Grabower's (Berlin) nach der Incubationsdauer antwortet der Vortr., dass sie auf einen Zeitraum von 4 Tagen sicher festgestellt werden konnte.

ALBANUS (ZARNIKO).

47) **Westenhoeffer** (Berlin). **Demonstration von Präparaten eines Falles von epidemischer Genickstarre.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 7. 1907.*

An den Präparaten konnte die Meningokokken-Pharyngitis gezeigt werden, die der epidemischen Cerebrospinalmeningitis vorangeht.

ALBANUS (ZARNIKO).

48) **Ernst Danziger. Die Tonsillen und ihre Beziehung zur Entwickelung der Tuberculose. (The tonsils and their relation to the development of tuberculosis.)** *The Laryngoscope. December 1907.*

Verf. ist der Ansicht, dass die primäre tuberculöse Infection der Tonsillen in den meisten Fällen eine Fütterungstuberculose sei. Er bespricht die verschiedenen Wege, auf denen von dort aus eine Infection der Halsdrüsen, der Pleura, der Lungen oder durch den Lymphstrom eine allgemeine Miliartuberculose entstehen können. Man solle sich nicht begnügen, die erkrankten Halsdrüsen zu exstirpiren, sondern — wenn man eine Lungenaffection ausschliessen könne — die Tonsillen untersuchen. Findet man diese irgendwie abnorm, so müssen sie entfernt werden und zwar, da die Läsionen in der Tiefe der Follikel liegen, radical.

EMIL MAYER.

49) **Lorenz N. Grosvenor. Knorpel und Knochen in der Gaumentonsille. (Chondroma and osteoma in faucial tonsils.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

1. Der Knorpel und Knochen ist nicht ein Theil des Processus styloideus, denn wir können den Stumpf des letzteren nicht zwischen Unterkiefer und Wirbelsäule palpiren.

2. Es handelt sich nicht um metaplastische Veränderungen, denn es bestehen keine klinischen Anhaltspunkte oder pathologischen Befunde, die dafür sprechen.

3. Es spricht also alles dafür, dass der in diesen Tonsillen gefundene Knorpel von versprengten embryonalen Zellen herstammt, die vom zweiten Kiemenbogen herrührten.

EMIL MAYER.

50) **Otto Scheven** (Frankfurt a. M.). **Zur Pathologie der Mandelsteine.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 20. 1907.*

Beschreibung eines Falles, in welchem es bei einem 15jährigen Patienten, der sich mit Ausnahme von Neigung zu Halsentzündungen stets gesund fühlte,

plötzlich zum Aushusten von Mandelsteinen kam, die in einander kugelgelenkförmig passten. Von den 3 Steinen, die in der Fossa supratonsillaris sassen, hatte der grösste einen Umfang von 6 cm; sie bestanden aus phosphorsaurem Kalk neben geringen Mengen organischer Substanzen. In Bezug auf die Aetiologie solcher Bildungen muss man annehmen, dass eine abnorme Entwicklung resp. Persistenz der Mandelbucht zu Secretansammlung und Niederschlägen die erste Veranlassung geben dürfte und dass es sich um Verkalkungen primärer Entzündungsproducte in den Lakunen handelt. Dafür spricht der Sitz in der abnorm erweiterten Fossa supratonsillaris bei einer sonst völlig normal gebauten Mandel.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

51) **O. Muck** (Essen-Ruhr). **Ueber die klinische Bedeutung des chronisch-entzündeten nicht hypertrophischen Gaumentonsillengewebes. Ein Beitrag zur Diagnose und Behandlung.** *Mit 1 Abb. Münchener med. Wochenschr. No. 20. 1908.*

Nach Erörterung der klinischen Bedeutung der acuten und chronischen entzündlichen Tonsillitiden, insbesondere der Mandelpfröpfe, Beschreibung und Empfehlung des vom Autor construirten, von Pfau-Berlin beziehbaren „Tonsillen-Exhaustors“, und Bericht über die erfolgreiche Verwendung desselben. Anschliessend an die Wahrnehmung, dass unter 50 von Muck beobachteten Fällen von chronischer Tonsillitis 11, d. h. 27 pCt. tuberculöse Lungenspitzenaffectionen zeigten, Anregung zu Untersuchungen nach dieser Richtung hin und Erörterungen über die Frage: „Tonsillen als Eintrittspforte für Krankheitserreger, besonders für den Tuberkelbacillus“ unter Hinweis auf die Arbeit Grobers. Zum Schlusse Mittheilung zweier Fälle von recidivirendem Gelenkrheumatismus, wahrscheinlich als Folge chronischer Tonsillitiden, bezw. acuter Anginen. Dauerheilung nach wiederholter Aussaugung der Tonsillen mit dem Exhaustor.

HECHT.

52) **Arthur Meyer** (Berlin). **Die Eröffnung des peritonsillären Abscesses.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 41. 1907.*

Verf. lobt sehr das Eröffnen des peritonsillären Abscesses von der Fossa supratonsillaris aus. Es ist sozusagen die physiologische Methode, da die Infection von der Mandel diesen Weg nimmt und eine spontane Entleerung meist durch die Fossa supratonsillaris zu Stande kommt.

Verf. führt zur Eröffnung einen stumpfen M. Schmidt'schen Tonsillenschlitzer bei gerader Kopfhaltung und einfach herabgedrückter Zunge in die Fossa ein, die Membran durchstossend. „Die Spitze dringt nun in der Richtung nach oben und aussen so weit vor, bis man auf Eiter trifft.“

Als grosser Vortheil der Methode ist die Sicherheit im Auffinden selbst kleiner Abscesse zu bezeichnen.

ALBANUS (ZARNIKO).

53) **B. Fränkel** (Berlin). **Plica triangularis und Pathologie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 30. 1907.*

„Unter Plica triangularis wird nach W. His die Schleimhautduplicatur verstanden, in welche der vordere Gaumenbogen nach hinten ausläuft“. Recessus

triangularis nennt Vortr. die hinter und lateralwärts von der Plica liegende Bucht. Bei entzündlichen Vorgängen der Tonsillen können sich Secrete in den Recessus ergiessen, stagniren hier und geben Ursache für üblen Geruch und entzündliche Vorgänge, Angina habitualis. Erörterung der Bedeutung der Plica triangularis beim peritonsillären Abscess.

ALBANUS (ZARNIKO).

54) **K. Vohsen** (Frankfurt). **Operation bösartiger Mandelgeschwülste.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Heft 2. 1908.*

Die Operationsmethode, die V. mit gutem Erfolge in einem Falle von linksseitigem Mandelsarkom ausgeführt hat, ist im Wesentlichen die folgende: Hautschnitt wie bei der Mikulicz'schen Methode, Durchsägen des Unterkiefers vor dem Masseter, Ablösen des Periostes an der unteren und inneren Seite des Unterkiefers von der Sägefläche an bis zum aufsteigenden Ast des Unterkiefers, mit einem breiten Hacken Vorschieben des hinteren Theiles des Unterkiefers nach aussen und über den vordern Theil. Durch diese Verschiebung erhält man einen breiten Zugang in das Pharynxinnere. Stereoskopische Aufnahme der Arbeit beiliegend.

OPPIKOFER.

55) **Charles M. Robertson. Tuberculöse Infection der Gaumentonsille. (Tubercular infections of the faucial tonsils.)** *The Laryngoscope. August 1907.*

Die Tonsille kann auf drei Wegen tuberculös erkranken:

1. Durch Infection von der Anwesenheit tuberculösen Materials in den Tonsillen oder ihrer Umgebung, durch Inoculation durch die Luft oder durch Nahrung, die mit der Tonsille in Contact kommt.
2. Durch Inoculation mit Sputum, das aufgehustet wird.
3. Durch Infection vom Blute aus.

EMIL MAYER.

56) **Edwin Pynchon. Tonsillotomie bei Kindern in allgemeiner Narkose — eine Hospitaloperation. (Tonsillectomy in children under general anesthesia — a Hospital operation.)** *Journal American Medical Association. 20. Juni 1908.*

Verf. sagt wörtlich: „Die Schwierigkeiten bei der Vornahme einer radicalen Tonsillectomie unter allgemeiner Narkose sind meist zahlreicher und verblüffender, als die, denen man z. B. bei der Operation einer Appendicitis begegnet; man soll daher die Bedeutung der Mandeloperation nicht, wie es so oft geschieht, unterschätzen; denn sie kann thatsächlich unter die grösseren chirurgischen Operationen gerechnet werden" (!). Es sei zwar leicht, den prominirenden Theil einer Tonsille mit dem Tonsillotom abzukappen. Dieses Verfahren aber habe, so meint Verf., nichts zu thun mit der wirklichen radicalen Exstirpation der Tonsille, wie man sie verlangen müsse. Verf. beschreibt dann ausführlich seine Operationsmethode, um schliesslich zu empfehlen, dass man den Eingriff, wenn irgend angängig, im Hospital vornehme.

EMIL MAYER.

57) **Geo. M. Marshall. Die Totalexstirpation erkrankter Tonsillen; Bedeutung und Technik derselben. (The total exstirpation of diseased tonsils; importance and method.)** *Pennsylvania Medical Journal. 8. Juni 1908.*

Verf. räth, die erkrankten Tonsillen mit gebogenen Scheeren in Aethernarkose zu entfernen.

EMIL MAYER.

58) James E. Newcomb. **Blutung nach Mandelentzündung; Unterbindung der Carotis communis; Heilung. Nebst einer Studie über 51 Fälle von Blutung bei Eiterung im Pharynx. (Hemorrhage following Quinsy. Ligation of the common carotid artery; recovery; with a study of 51 cases of hemorrhage in connection with pharyngeal suppuration.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Cfr. Verhandlungen der XXX. Jahresversammlung der American laryngological association Montreal, Canada 1908.

EMIL MAYER.

59) Ben Clark Gile. **Syphilitische Vergrösserung der Speicheldrüsen. (Syphilitic enlargement of the salivary glands.)** *American Medicine. December 1907.*

Die Diagnose basirte auf der Anamnese, darauf, dass keine anderen Ursachen auffindbar waren, auf der gleichzeitigen Anwesenheit typischer gummöser Infiltrationen in der Nase; sie wurde bestätigt dadurch, dass die Erscheinungen nach Jodkali verschwanden.

EMIL MAYER.

60) Claus (Berlin). **Luetische Erkrankung der Parotis.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 31. 1907.*

Bei einer Frau ist die Gegend über dem linken Jochbogen knochenhart geschwollen, daneben lässt sich durch intra- und extraorale Palpation eine derbe Infiltration der Parotis abgrenzen, deren Ausführungsgang kein Secret auf Druck entleert. Kieferklemme. Auf Jodkaligebrauch schwanden die Schwellung am Jochbogen, die Infiltration der linken Parotis und zugleich ging auch eine geringe Schwellung der rechten Parotis, eine düsterrothe kirschkerngrosse Schwellung der linken hinteren Pharynxwand, luetische Erscheinungen von seiten des Ohres und eine Fistel über dem Sternoclaviculargelenk zurück.

Uebersicht über die bisher beobachteten wenigen Fälle, Berücksichtigung der Differentialdiagnose.

ALBANUS (ZARNIKO).

61) **Morel. Klinische und experimentelle Studie über die postoperativen Parotitiden. (Étude clinique et expérimentale sur les parotitides postopératoires.)** *Thèse de Paris. 1907.*

Diese Form der Parotitis kommt besonders bei Frauen, und zwar nach Operation am Intestinum und dem Genitalorgan vor. Die Entzündung stellt sich im Allgemeinen am 4. resp. 5. Tage nach der Operation ein; sie kündigt sich durch eine brüske Temperatursteigerung, ein Gefühl von Trockenheit im Munde und die Anschwellung der Drüse an. Meist geht die Entzündung spontan zurück, bisweilen tritt Ausgang in Eiterung ein, entweder durch den Ductus Stenonianus oder den äusseren Gehörgang (2mal unter 17 Fällen).

Es handelt sich um eine ascendirende Staphylokokkeninfection oralen Ursprungs. Schlechter Zustand der Zähne und mangelnde Mundhygiene begünstigen das Zustandekommen dieser Complication.

A. CARTAZ.

62) **Robert B. Duncan. Fall von Speichelstein. (Case of salivary calculus.)** *Intercolonial Medical Journal. 20. Mai 1908.*

Patient war ein 70jähriger Mann. Es bestand eine geringe Schwellung hinter

und vor der rechten Tonsille; dieser Schwellung entsprach eine ungefähr wallnussgrosse Schwellung aussen unter dem Kiefer. Sie fühlte sich hart an. Vor 12 Monaten war in die Schwellung im Munde eine Incision gemacht worden, wobei sich fötider Eiter entleerte. Es war eine maligne Erkrankung diagnosticirt und zur Operation gerathen worden. D. erkannte die Natur des Leidens und entfernte nach Incision über der Schwellung in der Mundhöhle einen Stein. A. J. BRADY.

63) **H. Halász** (Miskolcz, Ungarn). **Ein seltenerer Fall von Speichelsteinbildung.** *Orvosok lapja. No. 23. 1908.*

Der Stein lag in der Drüse. v. NAVRATIL-POLYAK.

64) **von Eicken** (Freiburg i. Br.). **Bemerkungen zu Gerber's Mittheilung über Hypopharyngoskopie in No. 53 der Berl. klin. Wochenschr. 1906.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 1. 1907.*

Verf. weist auf den Unterschied zwischen Gerber's Hypoharyngoskopie und seiner hin: bei seiner Methode sei der Angriffspunkt des Larynxhakens, der den Kehlkopf von der Wirbelsäule abzieht, in das Kehlkopfinnere verlegt, während Gerber an der hinteren Kehlkopffläche ansetzt.

Ausserdem wird bemerkt, dass dieses letztere Verfahren schon von Blumenfeld (Verhandl. des Vereins süddeutscher Laryngologen, S. 289) angegeben ist.

ALBANUS (ZARNIKO).

65) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Pharyngo-Laryngoskopie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19 S. 336. 1907.*

Verf. giebt Beschreibung und Abbildung eines von ihm zur combinirten Untersuchung von Hypopharynx und Larynx erfundenen Spatels, der sich als modificirter Zungenspatel darstellt. Er besteht aus dem abgebogenen 7,5 cm langen Handgriff, dem 10 cm langen wagerechten Mittelstück, das auf den Zungenrücken zu liegen kommt und aus dem sich nach unten zu verschmälernden Endstück, das über den Kehlkopf hinüber zwischen seine Hinterwand und Pharynxwand geschoben wird. Dieses ist ca. 10,5 cm lang und an seinem Ende ca. 1 cm breit. Die Erweiterungsmöglichkeit dieser engen Stelle des Hypopharynx ist nur eine beschränkte und für kurze Zeit ausführbare. Die Erweiterung wird durch Schluckenlassen des Patienten gefördert. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

66) **Lagarde** (Paris). **Demonstration von Instrumenten. (Présentation d'instruments.)** *Bulletin de la Société de Chirurgie. 12. Mai 1908.*

Es handelt sich um ein Tonsillotom, dessen Branchen erst gegen das Ende hin schneidend werden. Es wird so die Tonsille zuerst durch Druck gestielt gemacht und dann nur der Stiel durchschnitten. Es soll die Gefahr der Blutung vermindert werden. GONTIER de la ROCHE.

d. Diphtherie und Croup.

67) **B. Franklin Rogers, Paul G. Weston, Glen J. Clark. Eine Studie über Phagocytose bei Diphtherie. (A study of phagocytosis in diphtheria.)** *Journal of Medical Research. März 1908.*

Das Blut gesunder Individuen zeigt in der Praxis keine Phagocytose gegenüber Diphtheriebacillen. Dagegen findet man im Blut von Patienten, die an Diphtherie erkrankt sind, active Phagocytose gegenüber jenen Mikroorganismen. Die Phagocytose scheint ihren Höhepunkt am 4. Krankheitstage zu erreichen bei Patienten, die nicht mit Serum behandelt wurden. Diphtherieantitoxin hat keinen constanten Effect auf Phagocytose oder Leukocytose. EMIL MAYER.

68) **A. Reubsaet. Diagnose der diphtherischen Anginen. (Diagnostic des angines diphtériques.)** *La Clinique. 17. Januar 1908.*

Verf. bespricht detaillirt die Differentialdiagnose zwischen der diphtherischen Angina, der membranösen Angina und der membranösen, nicht diphtherischen Angina. In zweifelhaften Fällen räth Verf., nicht mit der Seruminjection zu warten, bis die bakteriologische Diagnose gesichert ist. A. CARTAZ.

69) **E. Burvill Holmes. Der Werth gefärbter Ausstriche bei der Diagnose der Diphtherie. (The value of stained smears in the diagnosis of diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 21. März 1908.*

Keine pseudomembranöse Angina soll als diphtherisch angesehen werden, wenn trotz sorgfältiger Untersuchung der Klebs-Löffler'sche Bacillus nicht gefunden wird. In jedem Fall, wie auch das klinische Bild sei, sollten Culturen und Ausstriche gemacht werden. Häufig zeigen Fälle, die das typische Bild der Angina follicularis bieten, eine grosse Zahl virulenter Bacillen. In zweifelhaften Fällen und bis zur Fertigstellung der Präparate sollen alle Fälle als diphtherische behandelt werden. Die Gruppirung der Bacillen ist beim Ausstrich wie bei der Cultur von grösserer Bedeutung, als die Morphologie. Für die unmittelbare Diagnose haben die Ausstrichpräparate grossen Werth. LEFFERTS.

70) **Robert E. Wodehouse. Resultate bei der Anwendung des nach der Gibson'schen Methode verbesserten und concentrirten Diphtherieantitoxin. (Results obtained from use of diphtheria antitoxine refined and concentrated by Gibson's method.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Juni 1908.*

Gibson giebt eine Methode zur Verbesserung und Concentration von Diphtherieantitoxin durch Elimination nicht antitoxischer Substanz an (Journal of Biological Chemistry. I. 1906).

Verf. hat dieses Antitoxin in 345 Fällen angewandt. Da es so concentrirt ist, dass 1 ccm 1500 I.-E. enthält, so genügen für therapeutische Zwecke als erste Einspritzung 10 ccm. Hervorgehoben wird, dass die Allgemeinerscheinungen erheblich gemildert wurden und dass viel seltener, als bei der Anwendung des alten Antitoxins Erytheme nach der Einspritzung beobachtet wurden.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

71) **Ludwig Neufeld** (Berlin). **Ueber primären Larynxlupus.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 118. 1907.*

N. fügt den bisher bekannten 24 Fällen aus der Literatur eine eigene Beobachtung hinzu.

Es handelt sich um eine Patientin, die ziemlich acut mit Heiserkeit erkrankte; auf der laryngealen Fläche der Epiglottis sieht man 6 hanfkorngrosse Knötchen von braunrother Farbe, an ihrer Spitze weisslich abgeblasst. Die falschen Stimmbänder sind in tumorartige Gebilde verwandelt; sie verlegen die vordere Glottis; man sieht auf ihnen ähnliche Prominenzen wie auf der Epiglottis. Nachdem Jodkali zu noch erheblicherer Schwellung der Taschenbänder geführt hatte, wird, schon wegen der bestehenden Athemnoth, die endolaryngeale Entfernung der rechten Taschenlippe vorgenommen. Aus der histologischen Untersuchung konnte die sichere Diagnose des primären Lupus gestellt werden. Später Entfernung der linken Taschenfalte und Milchsäurebehandlung. Abgesehen von einer geringen Verdickung des freien Epiglottisrandes und des vorderen Theiles beider Taschenbänder ist Patient geheilt. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

72) **R. Imhofer** (Prag). **Die Geschichte der Kehlkopftuberculose vor Erfindung des Kehlkopfspiegels.** *Bresgen's Sammlung zwangl. Abhandlungen. Marhold, Halle a/S. IX. 3/5. 1908.*

Cap. 1. Geschichte der Kehlkopftuberculose im griechischen und römischen Alterthum.

Hippokrates hat sie gekannt und ihren Zusammenhang mit der Lungentuberculose bemerkt. Celsus scheint ulceröse Processe des Larynx gekannt zu haben, ohne aber von einem Zusammenhang derselben mit Lungenphthise etwas zu wissen. Bei Aretaeus geht ebenfalls die Genauigkeit der Beobachtung und die Originalität der Darstellung zurück; ebenso bei Caelius Aurelianus.

Galenus bringt schwere ulceröse Veränderungen im Kehlkopf mit Ulcerationen in der Lunge in Zusammenhang. Mit ihm hat die Medicin ihren Höhepunkt erreicht. Die folgende byzantinische Epoche beschränkt sich auf die Erhaltung des Lehrgebäudes der Alten (Oribasius, Paulus von Aegina, Aëtius, Alexander von Tralles u. s. w.).

Cap. 2. Die Araber haben uns hier nichts Neues gebracht (Alsaharavius, Mesue, Avicenna, Rhases, Avenzoar, Serapion).

Cap. 3. Die Schule von Salerno, die Scholastiker und die Prärenaissance.

Die salernitanische Schule leistete auf diesem Gebiete sehr wenig (Plateaarius, Constantinus Africanus, Roger u. A.); die Scholastiker (unter Anderen v. Gordon, Joh. von Tornamira, Valescus von Taranta) besassen schon bessere Kenntnisse von der Kehlkopfanatomie. Savanarola machte den ersten Versuch, den Larynx resp. die Epiglottis zu besichtigen.

Cap. 4. Die Autoren des 16. Jahrhunderts versuchen durch anatomische und physiologische Forschungen der Medicin eine feste Basis zu geben,

aber die Laryngopathologie hatte wenig Nutzen davon (Peter Forestus, Joh. Heurnius, Fernelius Ambianus, Paracelsus, Donatus u. A.). Zwinger bringt die wichtige Neuerung, dass er die Infection des Kehlkopfes von der Lunge aus annimmt; Ambroise Paré erwähnt als erster Schluckbeschwerden als Zeichen von Geschwüren der Luftröhre.

Cap. 5. Die pathologische Anatomie der Larynxtuberculose im 17. und 18. Jahrhundert.

Bei Bonet findet sich manche interessante Mittheilung; der erste wirkliche pathologische Anatom ist Morgagni, aber auch bei ihm finden wir noch nicht eine unanfechtbar auf Kehlkopftuberculose zu beziehende pathologisch - anatomische Schilderung, aber manche hierher gehörige interessante Bemerkung. Es folgen Schacher, Haller, Lieutaud, der die erste einwandfreie pathologisch-anatomische Mittheilung einer Larynxtuberculose giebt. Bichat bringt wenigstens eine klare Schilderung der Symptome und des pathologisch-anatomischen Befundes.

Cap. 6. Die Kliniker des 17. Jahrhunderts.

Galen bleibt weiter in der Medicin tonangebend — Zacubus Lusitanus, Thomas Willis und Schneider, die die Lehre vom Katarrh reformiren, Dolaeus, Petraeus, Hercules Saxoniae Patavius, der das Kitzelgefühl im Kehlkopf und die Schluckschmerzen berücksichtigt. Baglivi und Morton werden pessimistisch in Bezug auf die Prognose. Von letzterem datirt die Geschichte der wissenschaftlichen Bearbeitung der Phthisis im Allgemeinen, dagegen hatte er in Bezug auf die Larynxtuberculose eine verfehlte Ansicht. — Es finden sich jetzt Anzeichen eines Bestrebens, Larynxerkrankungen local zu behandeln.

Cap. 7. Das 18. Jahrhundert.

Es bedeutet in Bezug auf die Schilderung und Abgrenzung eines bestimmten Krankheitsbildes einen entschiedenen Rückschritt (Hoffmann, Stahl); ausführlich äussert sich Verdue. Boerhave bringt bezüglich der Larynxtuberculose eigentlich Nichts, ebenso wenig van Swieten, de Haen, A. Störk, M. Stoll, J. P. Frank. Dagegen giebt Borsieri die erste zusammenfassende klinische Arbeit über Kehlkopftuberculose, und bei ihm beginnt die Geschichte ihrer Erkenntniss und Beschreibung des klinischen Individualbegriffs. Desault plaidirt für die extralaryngeale Operation.

Cap. 8. Die Monographien über Larynxphthise an der Wende des 18. und 19. Jahrhunderts.

J. stellt 30 Arbeiten zusammen und zeigt an ihnen, welch' heillose Verwirrung sie in die Lehre der Larynx- und Trachealphthise gebracht haben, indem sie eine Reihe anderer Krankheiten (Lues, Carcinom u. a.) unter ihren Begriff subsummirten und die Phthisis laryngea von der der Trachea (Cayol) und der der Lungen (Sauvée, Pravaz, Sigaud u. A.) trennten. Neue Gesichtspunkte brachte erst Louis, der die Verschwärungen des Kehlkopfes durch Lungensputum betonte, ohne aber die so entstandenen Ulcerationen als tuberculöse zu erkennen. Trousseau und Belloc bringen den Fortschritt, dass sie die Kehlkopfschwind-

sucht in eine einfache, syphilitische, krebsige und tuberculöse Form eintheilen. Bücheler weist der Lues laryngis eine Sonderstellung zu, Bell trennt Lues und Tuberculose, Andral weiss auch noch nicht recht, dass Lungen- und Larynx-tuberculose den gleichen Process darstellen. Bell, J. Frank, Porter, Latham. Sachse, Beddinfeld und Glede empfehlen die Laryngotomie. Bell macht auch systematische Versuche einer endolaryngealen Behandlung und unabhängig von ihm Trousseau und Belloc.

Die erste richtige Anschauung von der Genese und pathologischen Dignität der Kehlkopftuberculose vom klinischen Standpunkt bringt J. P. Barth.

Cap. 9. Die pathologische Anatomie der Larynxtuberculose zu Beginn des 19. Jahrhunderts.

Meckel bringt als erster sie mit der Darmtuberculose in Zusammenhang. Bayle hat zuerst den Miliartuberkel beschrieben und ihn auch in Larynx und Trachea beobachtet; Laennec hat ihn als pathologisch-anatomische Individualität abgesondert, die Zugehörigkeit der sogenannten granulösen Phthise zur Phthisis tuberculosa dargethan und die ulceröse und canceröse Phthise aus dem Bilde der Tuberculose ausgeschieden. James Hope betont klar den Zusammenhang von Larynx und Lungenphthise. Als eigentlicher Begründer der pathologisch-anatomischen Lehre von der Kehlkopftuberculose werden Hasse und Rokitansky angesehen, denen übrigens auch noch manche Irrthümer unterliefen.

Cap. 10. Die Kenntniss der Kehlkopftuberculose zur Zeit der Erfindung der Laryngoskopie.

Unter Phthise verstand man zumeist jeden ulcerativen Zerstörungsprocess: eine Unterabtheilung war die Tuberculose. So hielt es auch noch Schönlein, und auch Piorry war die Einheitlichkeit des Begriffes der Tuberculose noch nicht klar, ebenso wenig wie Wunderlich, Cannstatt, Lebert und vielleicht auch Friedreich u. A.

Die Therapie bestand, wie bisher, in localen Applicationen, Inhalationen, Derivantien; die chirurgische Behandlung wurde eingeschränkt; Piorry empfahl die Schweigecur.

Pathologisch-anatomisch erkannte man sie als einheitliche Individualität an. Wislocki, Bock, Förster, Rheiner, dessen gründliche und hervorragende Arbeit aber keinen Fortschritt in der Entwickelung der Lehre von der Kehlkopftuberculose schuf. Willig brachte eine umfangreiche Statistik der Larynxphthise im Verhältniss zur Lungenphthise (13,8 pCt.).

A. ROSENBERG.

73) **R. Manasse** (Strassburg). **Ueber primäre Larynxtuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 240.*

Krankengeschichte mit Sectionsbericht und mikroskopischem Befund. Eine Frau erkrankt ziemlich acut an einer Larynxstenose, die durch einseitige Schwellung der subglottischen Partien bedingt ist. Nach Tracheotomie Exitus an doppelseitiger Pneumonie. Bei der Autopsie findet sich makroskopisch im Larynx nichts Pathologisches, mikroskopisch dagegen circumscripte Tuberculose an der Stelle jener subglottischen Schwellung, während der ganze übrige Körper frei von Tuberculose ist. Dies ist der fünfte bisher veröffentlichte Fall primärer Lungentuber-

culose. Die vier anderen stammen von Orth, E. Fränkel, Demme und Progrebinski.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

74) **Proust** (Paris). **Studie über die Dysphagie der Tuberculösen. (Étude de la dysphagie des tuberculeux.)** *Thèse de Paris. Mai 1908.*

Als locales Analgeticum empfiehlt Verfasser besonders Chloreton, das in Dampfform mittels der Fiocre'schen Röhre applicirt wird.

GONTIER DE LA ROCHE.

75) **G. Frischbier. Der Einfluss von Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett auf die Lungen- und Kehlkopftuberculose.** *Dissert. Freiburg 1906.*

An Hand von 28 Fällen unterstützt Verf. die bekannte Thatsache, dass Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett in den meisten Fällen einen ungünstigen Einfluss auf Entstehung und Verlauf der Lungen- und Kehlkopftuberculose ausüben.

Die künstliche Frühgeburt wirkt nur ausnahmsweise günstig; mehr leistet der künstliche Abort. Es ist zu wünschen, dass Lungenheilstätten tuberculöse Schwangere aufnehmen; erst hier soll dann nach einer ca. 4wöchigen Beobachtungszeit entschieden werden, ob der künstliche Abort einzuleiten ist oder nicht.

OPPIKOFER.

76) **Sokolowski** und **Debinski. Klinische Untersuchung über die Wirkung des Marmorek'schen antituberculösen Serums bei der Lungen- und Kehlkopftuberculose. (Badanie kliniczne nad suvowica pnecìw grusticza Marmorka.)** *Gazeta Lekarska. No. 25. 1908.*

In einer ausführlichen Arbeit, die in extenso deutsch in der Zeitschrift für Tuberculose erschienen ist, werden genaue Krankheitsbeschreibungen und Resultate von Untersuchungen an 20 mit Lungentuberculose behafteten Kranken angegeben, die mit dieser Methode behandelt wurden. Bei 3 von diesen 20 Kranken existirten ebenfalls tuberculöse Larynxerscheinungen. Das Ergebniss dieser Behandlung war bei den letztgenannten Kranken leider negativ.

A. v. SOKOLOWSKI.

77) **Frank Alleman. Fremdkörper im Kehlkopf nebst Bericht über einen Fall. (Foreign body in the larynx with report of a case.)** *Pennsylvania Medical Journal. Mai 1907.*

Stückweise Entfernung einer Bohne aus dem Larynx eines 5jährigen Kindes nach vorausgegangener Tracheotomie.

EMIL MAYER.

78) **Stanton A. Friedberg. Fremdkörper 2½ Jahre lang im Kehlkopf. (Foreign body in larynx for two and one half years.)** *Journal American Medical Association. 4. Januar 1908.*

Bemerkenswerth ist in dem Fall das lange Verweilen des Fremdkörpers, einer Oese, im Larynx. Die Oese sass, in eine Granulationsmasse eingebettet, oberhalb des Taschenbandes, während das eine ihrer gekrümmten Enden in den Ventrikel hineinragte. Ausser der Heiserkeit waren keine Symptome vorhanden. Der Fremdkörper konnte nach Ueberwindung einiger Schwierigkeiten entfernt werden.

EMIL MAYER.



79) **Lannois** und **Lecomte. Gebiss im Kohlkopf. (Dentier dans un larynx.)** *Société anatomique. 29. Mai 1908.*

Demonstration eines Stückes Prothese mit zwei Zähnen, das subglottisch gesessen hatte. Pat. war erstickt. GONTIER DE LA ROCHE.

80) **J. E. Franchere. Fremdkörper im Kehlkopf. (Foreign bodies in the larynx.)** *Journal of the American Medical Association. 28. März 1908. N. Y. Medical Journal. 4. April 1908.*

Verf. plaidirt dafür, dass vorläufig noch jeder Fall mitgetheilt werden soll; er bemängelt die im Gebrauch befindlichen Zangen zur Extraction der Fremdkörper und meint, dass in den Händen eines geübten Chirurgen die Laryngotomie ein sichereres und gefahrloseres Verfahren sei, als unzweckmässige Versuche eines unerfahrenen Laryngologen, den Fremdkörper per vias naturales zu entfernen.

EMIL MAYER.

81) **Guisez** (Paris). **Tracheoscopie.** *Société médicale des hôpitaux. 5. Juni 1908.*

Bei einer Frau, die bereits vorher wegen dyspnoischer Anfälle, die sich aber beiläufig wiederholten, tracheotomirt war, constatirte Verf. mittels der Tracheoskopie das Vorhandensein einer doppelten Klappe im oberen Theil der Trachea. Die Durchtrennung einer dieser Klappen, die wahrscheinlich angeboren waren, brachte die Symptome zum Verschwinden. GONTIER DE LA ROCHE.

82) **Glinski. Ein Fall eines Fremdkörpers in der Trachea. (Okaz ciata obcego w tchawicy.)** *Przeglad Lekarski. No. 21. 1908.*

Verf. zeigte einen Fremdkörper vor, der von der Leiche eines 4jährigen Knaben herrührte, der eine Woche vor seinem Tode sich verschluckt haben soll. Nachdem das Kind erst nach einer Woche ins Krankenhaus überführt worden war, starb es in einigen Stunden plötzlich unter Anzeichen des Erstickens. Die Autopsie ergab das Vorhandensein einer grossen Bohne, die theilweise in den linken Bronchus eingekeilt war und ihn vollständig verstopfte, theilweise in das Lumen der Trachea über dem linken Bronchus hervorragte, den sie bedeutend verengte. Ausserdem stellte man eine ziemlich ausgebreitete eitrig lobuläre Lungenentzündung und rechtsseitige fibrinöse Pleuritis fest. Die unmittelbare Ursache des Todes war Erstickung in Folge der plötzlichen Verstopfung des Bronchus mit der von einer anderen Stelle verschobenen Bohne. A. v. SOKOLOWSKI.

83) **Franz Nowotny** (Krakau). **Bronchoskopie und bronchoskopische Behandlung von Bronchialasthma.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1907.*

Autor berichtet über 3 Fälle von Bronchialasthma, bei denen die Ausführung der Bronchoskopie unter entsprechender ausgiebiger Verwendung von Cocain-Adrenalin ein sofortiges Nachlassen der Beschwerden und eine dauernde Besserung aller Symptome erzielte; die wiederholte Vornahme der Bronchoskopie brachte subjectiv und objectiv derartige Besserung der Symptome, dass N. für ausgewählte Fälle diese Methode als ausgezeichnete Therapie empfiehlt. Den Erfolg erklärt Verf. damit, dass durch die Cocain-Adrenalin-Application eine ausgiebige Ab-

schwellung der geschwollenen Bronchialschleimhaut bis in die Bronchiolen hinab erzielt werde, und dass andererseits die Bronchoskopie eine Expectoration in die Wege leite, wie sie durch kein anderes Mittel erreicht werde. Anschliessend theoretische Erörterungen über das Wesen des Bronchialasthmas unter kritischer Besprechung der einschlägigen Litteratur.

HECHT.

84) **Gottstein** (Breslau). **Zur Technik der Bronchoskopie.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 9. 1907.*

Beschreibung und Abbildung des Instrumentariums. Um mit dem Tubus in die Glottis zu gelangen, führt Verf. nach Aufsuchen der Stimmbänder einen keilförmigen Mandrin in das Rohr ein und passirt so die Glottis. Dieses keilförmige Ansatzstück des Mandrins sitzt an einem biegsamen Stabe, der sich gebogen bequem durch ein auf den Tubus aufgesetztes Trichterstück, an welchem sich die Lichtquelle befindet, einführen lässt. Durch das gebogene Einführen des Mandrins durch den aufgesetzten weiteren Trichter ist es möglich, das Auge nicht vom Rohrende entfernen zu müssen, was die Controlle des erst vor der Glottis, dann in der Glottis befindlichen Rohrendes sehr erleichtert.

ALBANUS (ZARNIKO).

85) **V. Pochoy. Indicationen und Contraindicationen der oberen und unteren Bronchoskopie. (Indications et contraindications de la bronchoscopie supérieure et inférieure.)** *Thèse de Bordeaux. 1905.*

In der unter der Leitung von Moure entstandenen Dissertation giebt P. vorerst einen Ueberblick über die Entwicklung der oberen und unteren Bronchoskopie; dann folgen 51 Krankengeschichten, von denen 2 (aus der Klinik von Moure) noch nicht veröffentlicht sind. Bei Besprechung der Indicationen empfiehlt P., nicht hartnäckig auf der Ausführung der oberen Bronchoskopie zu verharren; er endigt seine Arbeit mit einem Ausspruch von Sébileau: ich fühle mich mehr hingezogen zu der leicht auszuführenden unteren als zu der eleganten aber schwierigen oberen Bronchoskopie.

OPPIKOFER.

86) **von Eicken. Ueber Bronchoskopie bei Fremdkörpern.** (Aus der laryngorhinol. Universitätsklinik in Freiburg i. Br.). *Deutsche med. Wochenschrift. No. 17. 1908.*

Bericht über 15 Fälle seit Januar 1907, in welchen durch die Bronchoskopie 12 mal das Vorhandensein, 2 mal das Fehlen von Fremdkörpern und 1 mal schwere Veränderungen im Bronchus constatirt wurden, die nur auf einen Fremdkörper zu beziehen waren. 8 mal erfolgte Extraction, 1 mal theils durch Aushusten und Extraction, 2 mal durch Aushusten durch das Rohr und nur 1 mal war es in Folge starker entzündlicher Veränderungen unmöglich, den Fremdkörper zu entfernen. In 7 Fällen Localanästhesie, in 8 Fällen, von denen 4 von Killian in New York ausgeführt wurden, Allgemeinnarkose. Empfehlung des Instrumentariums von Brünings.

HANSZEL.

87) **Ch. Johnson. Casuistischer Beitrag zur Würdigung der Bronchoskopie.** *Dissert. Kiel 1905.*

Bei dem 9 jährigen Knaben wurde ein Sattlernagel, der fast 10 Monate im

rechten Bronchus gelegen hatte, mit Hilfe der Bronch. inf. durch Prof. Helferich entfernt.

OPPIKOFER.

88) **E. Miller. Ueber einen Fall von einem Fremdkörper in den Luftwegen.** *Dissert. Erlangen 1906.*

Bei dem $5^1/_2$ jährigen Knaben wurde eine 3—4 cm lange blecherne Bleistifthülse, wie Auscultation, Percussion und Röntgenaufnahme zeigten, in den rechten Bronchus aspirirt. Nach 6 Wochen linke Oberlappenpneumonie, im 5. Monate croupöse Pneumonie des verstopften rechten Unterlappens. Nach 13 Monaten plötzlich beim Spielen Erstickungsanfall und Exitus. Der Fremdkörper war, wie die Section zeigte, aus der grösstentheils verödeten rechten Lunge in die linke athmende Lunge aspirirt worden. Die Schleimhaut des rechten Bronchus, in der der Fremdkörper ursprünglich gelegen hatte, zeigte sich verdickt von epithelähnlichem Aussehen. Die Bronchoskopie wird nicht erwähnt.

OPPIKOFER.

89) **N. Anstett. Ueber acuten Verschluss des Hauptbronchus durch einen Fremdkörper und Aetiologie des Bronchialathmens bei Pneumonie.** *Dissertation. München 1906.*

Die Auscultation und die Percussion, sowie die spätere Section zeigten, dass bei dem 33jährigen Küfer der Korkpfropf den Hauptbronchus der linken Lunge vollständig abschloss. Eigenthümlicher Weise wurde die Bronchoskopie unterlassen. 40 Tage nach der Aspiration des Fremdkörpers starb Patient an chronischer Pneumonie.

OPPIKOFER.

90) **Emil Mayer. Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Bronchus. (Foreign body removed from bronchus.)** *The Laryngoscope. Juli 1907.*

Der 28jährige Patient hatte 6 Monate vorher ein Knochenstück aspirirt, das in den linken Bronchus gerieth. Erst bei der sechsten unter Localanästhesie ausgeführten Untersuchung gelang es, den Fremdkörper zu entdecken, er konnte jedoch nicht entfernt werden, da der Patient zu erschöpft war. Am nächsten Tage hatte Pat. einen heftigen Hustenanfall und der Knochen, der wahrscheinlich durch die verschiedenen Manipulationen gelockert war, wurde ausgehustet.

AUTOREFERAT.

91) **Jacobson** (Berlin). **Demonstration einer aus dem rechten Bronchus eines dreijährigen Kindes mittels oberer Bronchoskopie entfernten Bleiplombe.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 33. 1907.*

Die Bleiplombe lag 10 Tage im rechten Hauptbronchus, hatte kein Fieber verursacht, war im Röntgenogramm sichtbar. Bei dem ersten Extractionsversuch in Chloroformnarkose trat ein asphyktischer Anfall auf, erst 2 Tage später gelang die Extraction mit einer Kornzange. Lumen des benutzten Tubus: 9 mm, Entfernung des Fremdkörpers von der oberen Zahnreihe 22 cm. ALBANUS (ZARNIKO).

92) **H. von Schrötter** (Wien). **Fremdkörper zwei Jahre im linken Bronchus, Extraction auf directem Wege, Heilung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 51. 1907.*

Im Anschluss an das Verschlucken eines Knochenstückes traten bei einem

52jährigen Patienten Husten, Athembeschwerden, übelriechender Auswurf, Abmagerung im Laufe von 2 Jahren auf. Die Untersuchung ergab: Verdickung der Fingerendglieder, Athemgeräusch links vorne ausserhalb der Herzgrenze und gegen die Axillarlinie zu deutlich gegenüber der rechten Seite abgeschwächt. Daselbst keine Rasselgeräusche. Expectoration massenhaften graugrünen putriden Sputums. Respiratorische Verschieblichkeit der linken Lunge verringert. Bei der Radioskopie links, ausserhalb des Herzrandes ein unscharfer schwacher Schattenfleck. Bronchoskopie in sitzender Stellung, Localanästhesie. Bifurcationssporn steht extramedian links, Eingang in den linken Bronchus verkleinert. Eingehen mit einem Rohr (Durchmesser = 11 mm) in den linken Bronchus ergiebt folgendes Bild: in reichlichen Granulationsmassen liegt ein schmales, weisses, die Lichtung schräg durchziehendes Gebilde. 34 cm Abstand von der Zahnreihe. Störende Absonderung eitrigen Secretes. Saugpumpe, Adrenalin. Nachdem noch ein dünnerer Tubus (8 mm) eingeführt wurde zur besseren Orientirung, gelingt es durch einen 11 mm-Tubus mit einer Pincette den Körper zu fassen, und mit dem Tubus zusammen zu extrahiren: halbrinnenförmiges Knochenstück von 2 cm Länge, 1 cm Breite. Sofort Erleichterung des Kranken. Bald Nachlass der Expectoration, so dass nach 3 Monaten nur ganz mässige, nicht putride Secretion besteht und der Patient seinen Beruf — Bereiter — wieder ergreifen kann.

Das Bemerkenswerthe an dem Falle ist die lange Dauer des Verweilens des Fremdkörpers, der Sitz im linken Bronchus und die schnelle Besserung der putriden Bronchitis nach der Extraction.

Verf. empfiehlt deshalb, bei Fremdkörperverdacht einen Extractionsversuch zu unternehmen, weil es dafür „nie zu spät" sei. ALBANUS (ZARNIKO).

93) **Emil Mayer. Bronchoskospie; nebst einer Demonstration der gebräuchlichen Instrumente und deren Anwendung. (Bronchoscopy; with a demonstration of the instruments used and their application.)** *N. Y. Medical Record. 3. August 1907.*

Verf. demonstrirt bei dieser Gelegenheit ein halbes Dutzend Fremdkörper, die in New York während des letzten Jahres aus den Bronchien des Patienten entfernt wurden. Nach einer Würdigung der Bedeutung, die der Bronchoskopie zuerkannt werden muss, erörtert Verf. die Fragen, wie schnell man an die Extraction des Fremdkörpers herangehen soll und ob die Tracheotomie vorausgeschickt werden soll oder nicht. Er beantwortet dies dahin, dass obstruirende Körper sofort entfernt werden sollen, dass man dagegen mit der Extraction metallischer oder anderer Substanzen, die die Bronchien nicht verschliessen, bis zu gelegener Zeit warten könne. Die Tracheotomie soll nur bei ganz kleinen Kindern, deren Larynx für die Einführung eines Tubus zu eng ist, gemacht werden. Verf. betont dann die Wichtigkeit, die der Tracheo- und Bronchoskopie, ausser für die Entfernung von Fremdkörpern auch für die Diagnose sonstiger krankhafter Zustände zukomme.

LEFFERTS.

94) **Sidney Yankauer. Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Bronchus. (Foreign body removed from bronchus.)** *The Laryngoscope. December 1907.*

Das 5 Jahre alte Kind hatte vor 6 Wochen ein Stück Kern einer Erdnuss

(peanut) aspirirt. Es bestand seitdem ein Husten vom Charakter des Keuchhustens. Der Fremdkörper wurde mittels des Bronchoskops im rechten Bronchus entdeckt und stückchenweise extrahirt.

EMIL MAYER

95) **Wm. D. Haggard. Entfernung einer Patronenhülse aus dem linken Bronchus mittels der Tracheotomia inferior. Heilung. (Removal of a cartridge hull from the left bronchus by low tracheotomy. Recovery.)** *Memphis Medical Monthly. September 1907.*

Ein 8jähriger Knabe hatte eine Patronenhülse aspirirt. Nach 7 Monaten wurde die Tracheotomia inferior ausgeführt. Es gelang — augenscheinlich ohne Anwendung eines Bronchoskops — den Fremdkörper in die Trachealwunde hinaufzuziehen und dann mittels einer Zange zu extrahiren.

EMIL MAYER.

96) **Urbano Melzi. Fremdkörper im linken Bronchus eines 6jährigen Knaben; Extraction mittels der unteren Bronchoskopie. (Corpo straniero nel bronco sinistro di un bambino di sei anni; estrazione colla broncoscopia inferiore.)** *Atti della Società Milanese di Medicina e Biologia. Bd. II. Heft 2. 1908.*

Der Fremdkörper war vor 4 Monaten aspirirt worden; das Röntgenbild zeigte ihn im 6. linken Intercostalraum. Verf. machte die tiefe Tracheotomie, führte nach 3 Tagen durch die Trachealfistel ein 15 cm langes Rohr ein. Da der Fremdkörper, den er im linken Bronchus entdeckte, fest in die geschwollene Schleimhaut eingekeilt war, so brachte er diese erst durch eine Adrenalinpinselung zum Abschwellen, worauf die Extraction leicht gelang. Es handelte sich um ein Bleistück.

FINDER.

97) **Wm. Murrell** (London). **Die Aspiration eines Stückes Zahn in einen Bronchus. (The aspiration of a portion of a tooth into a bronchus.)** *The Clinical Journal London. Bd. 31. No. 16. 29. Januar 1908.*

Fall eines Mädchens, dem in einer Sitzung 23 Zahnstümpfe unter Chloroformnarkose entfernt wurden. Nach der Operation litt Patientin an trockenem Husten, Schmerzen in der linken Seite, Temperatursteigerungen. Nach Ablauf von Monaten hustete sie die Palatinalwurzel des ersten oberen Molaris aus. Verf. theilt ausführlich die Geschichte des Falles während der folgenden Jahre mit, er berichtet dann noch über einen ähnlichen Fall.

JAMES DONELAN.

98) **E. Fletcher Ingals. Entfernung einer Nadel aus der Lunge durch die obere Bronchoskopie. (Removal of a pin from lung by upper bronchoscopy.)** *Journal American Medical Association. 7. März 1908.*

Verf. beschreibt die Entfernung des Fremdkörpers, die ihm mittels seines Nadelfinders gelang; besonders hervorzuheben ist, dass der Operateur, als mittels der Killian'schen Beleuchtung der Fremdkörper nicht zu sehen war, ein Mignonlämpchen in das Bronchoskop bis zu dessen distalem Ende einführte und so den Fremdkörper zu Gesichte bekam.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

99) **Herman Tuholske. Beobachtungen über die Schilddrüse und Nebenschilddrüsen. (Observations on the thyroid and parathyroid.)** *M. Y. Medical Record. 13. Juni 1908.*

Die neueren Forschungen zwingen uns, den Gedanken, als ob Schilddrüse und Nebenschilddrüsen in physiologischer und morphologischer Beziehung gleich wären, aufzugeben und anzuerkennen, dass es sich um zwei verschiedene Dinge handelt. Man hat beobachtet, dass, wenn die Thyreoidvenen bei Hunden unterbunden wurden, die erst geschwollenen Drüsen eine gewisse Atrophie eingingen. Von dieser Beobachtung ausgehend hat Verf. bei einem Patienten mit starkem Exophthalmus die Venen unterbunden.

LEFFERTS.

100) **W. G. Mac Callum. Ueber die Beziehung der Nebenschilddrüsen zum Calciumstoffwechsel und die Natur der Tetanie. (On the relation of the parathyroid glands to calcium metabolism and the nature of tetany.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Mai 1908.*

Verf. meint, dass die convulsiven und anderen Symptome der Tetanie, die eine Folge der Exstirpation der Parathyroiddrüsen sind, durch Darreichung löslicher Calciumsalze günstig beeinflusst werden können, besonders wenn diese intravenös beigebracht werden. Stoffwechseluntersuchungen bei Hunden mit Tetanie zeigten, dass die Calciumausscheidung gesteigert war, während das Blut und die Gewebe arm an Calcium waren. Verf. meint, es wäre denkbar, dass die Parathyroiddrüsen den Calciumstoffwechsel regeln und dass Mangel an Calcium im Gehirn und den Geweben die Ursache für die Tetanie abgebe.

LEFFERTS.

101) **Guillemot** (Paris.) **Morbus Basedow bei einem 9jährigen Kind. (Goitre exophthalmique chez un enfant de neuf ans.)** *Société anatomique. 11. October 1907.*

Es wurde erhebliche Besserung durch Anwendung von Hämato-Thyreoidin erzielt.

GONTIER de la ROCHE.

102) **Louis B. Wilson. Die Pathologie des Morbus Basedow. (The pathology of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Juni 1908.*

Die Studie gründet sich auf fast 300 von C. H. Mayo behandelte Fälle. Verf. theilt die operativen Fälle ein in acht Gruppen.

LEFFERTS.

103) **James M. Jackson** und **Louis G. Mead. Einige klinische Beobachtungen über die Diagnose und Behandlung des Morbus Basedow. (Some clinical observations on the diagnosis and treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 21. März 1908.*

Verff. sind nicht dafür, Frühfälle chirurgisch zu behandeln, da man in 70 bis 80 pCt. der Fälle durch medicamentöse Behandlung Heilung erzielt. Dies trifft besonders zu für die formes frustes, mehr für die Fälle, die sich allmählich entwickeln, als für die, die plötzlich mit aller Gewalt einsetzen, mehr für alte, als für junge Patienten. Es bleiben jedoch immer noch Fälle für die chirurgische

Behandlung übrig, so, wenn die Schilddrüse so stark wird, dass Compressionserscheinungen resultiren oder wenn sich der Zustand unter der medicamentösen Behandlung schnell verschlechtert. Organische Herzveränderungen und schlechter Allgemeinzustand sind sichere Contraindicationen gegen die Operation.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

104) **Martens** (Berlin). **Demonstration eines Falles von Oesophagusdivertikel.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 2. Vereinsbeilage. 1907.*

Eine Röntgenaufnahme des Divertikels (Füllung mit Wismuth-Kartoffelbrei) zeigte eine Ausdehnung desselben vom 7. Hals- bis zum 4. Brustwirbel.

ALBANUS (ZARNIKO).

105) **Schick** (Orscha). **Ueber nekrotisirende Entzündung des Oesophagus bei Scharlach.** *Dissert. Basel 1907.*

Sehr seltene Fälle. Referirt sind zwei Beispiele von E. Fränkel und acht aus dem pathologischen Institut von Basel. Die Nekrose ist bald schon im Rachen und Kehlkopf und von da bis zur Cardia mehr oder weniger dicht und tiefgreifend verbreitet oder sie befällt den Oesophagus allein. In allen Fällen ist der Sectionsbefund, in mehreren auch mikroskopisch erhoben.

Verf. nimmt nach Heubner an, dass die Nekrose durch secundäre Invasion von Streptokokken ins Gewebe entstehen, welche durch das hypothetische Scharlachgift schon abgestorben sind.

JONQUIÈRE.

106) **Rueda** (Madrid). **Fremdkörper des Oesophagus. (Cuerpo extrano del esófago.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. I.*

Es handelte sich um eine vor 4 Tagen verschluckte Zahnplatte. Oesophagoskopie negativ, weil die Enden des Gebisses in der entzündeten Speiseröhrenschleimhaut eingekeilt waren. Oesophagotomia externa; Tod nach 3 Tagen infolge innerer Blutung.

TAPIA.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Rabot, Sargnon** und **Barlatier. Verengerungen des Kehlkopfes und der Luftröhre nach der Intubation und Tracheotomie. (Rétrécissement du larynx et de la trachée consécutifs au tubage et à la trachéotomie.)** A. Maloine. Paris-Lyon.

Es werden nach dem Tode Rabot's von Sargnon und Barlatier auf Grund gemeinsam behandelter Fälle mit Verwerthung der entsprechenden Literatur, Verengerungen des Kehlkopfes besprochen, die nach Intubationen und Tracheotomie bei Kindern öfters zurückbleiben. Nach Besprechung des Einflusses von verschiedenen Kehlkopferkrankungen werden die durch den Tubus und die Trachealcanüle bedingten Beschädigungen beschrieben: Durch ungeschicktes Intubiren können selbst grobe Verletzungen des Kehlkopfes verursacht werden; sie sind vom

Decubitus zu unterscheiden, der dem beständigen Druck des Tubus sein Entstehen verdankt und dem Ringknorpelbogen entsprechend, an der vorderen Kehlkopfwand entsteht. Er bildet sich um so leichter aus, je jünger das Kind, entsteht aber hauptsächlich bei entzündlichen Vorgängen im Kehlkopfe, die bei allgemeinen Infectionen (Masern, Scharlach) auftreten, viel seltener bei der echten Diphtherie. Wiederholte Intubationen, längeres Verweilen des Tubus im Larynx und besonders dessen übermässige Dicke, tragen zum Entstehen des Decubitus bei. Auch die Tracheotomie kann eine bleibende Stenose zur Folge haben; die Cricotomie ruft sogar öfters eine Perichondritis mit bleibender Unbeweglichkeit der Aryknorpel hervor (letzteres könnte Referent nicht bestätigen). Der Kehlkopf verengt sich auch bei längerem Mangel der Perspiration (nicht gefensterte Canülen); vor Allem aber wird das Luftrohr durch die Canüle so verkrümmt, dass die hintere Wand einen keilartigen Vorsprung bildet, der nach dem Decanulement bis an die zusammengezogene Trachealfistel vorragen kann. Zur Stenose können auch Granulationswucherungen in der Fistelgegend beitragen. Das untere Canülenende kann durch Druck auf die Trachealwand Decubitus hervorrufen; selten entsteht letzterer dem Tubusende entsprechend. — Krankhafte Vorgänge die hier entstehen, kann man als ulcerative, vegetative und narbige unterscheiden; sie werden öfters von Verbiegungen der Wände des Luftrohres begleitet. Nicht selten muss nach dem Decanulement die Canüle nur wegen des Glottiskrampfes wieder eingeführt werden (Referent könnte damit nicht übereinstimmen). Die ulcerativen Vorgänge können auch recht tief greifen und sogar von perilaryngealen und peritrachealen Eiterungen begleitet werden; die vegetativen stellen Granulome oder diffuse Wulstungen, besonders unter der Glottis dar. Die Narben können verschieden lange Strecken einnehmen, sie können den Kehlkopf nur verengern, oder auch gänzlich verschliessen. Die Verengerungen können über der Canüle, unter derselben, oder in der Höhe der Trachealfistel (nach dem Decanulement) sich befinden. Es wird dann die Symptomatologie und Diagnostik der Stenosen besprochen, wobei auch verschiedene Untersuchungsmethoden berücksichtigt werden. Hier muss ich das von Sargnon angegebene Speculum zur Untersuchung des Kehlkopfes von unten durch die Trachealfistel erwähnen. Bei der Prognose wurden auch verschiedene Uebelstände angeführt, die durch längeren Gebrauch der Canüle veranlasst werden können.

Bei der Behandlung wird zunächst die Frage erörtert, wann die Intubation und wann die Tracheotomie vorzuziehen ist. Erstere soll nur bei der echten Diphtherie, nicht aber bei secundären Diphtheroiden angewendet werden; sie kann aber auch im Beginn der syphilitischen Stenosen, sowie bei Kehlkopffracturen mitunter nützlich sein. Beim Intubiren sind entsprechende Vorsichtsmaassregeln immer zu beachten; wird die Intubation durch einen Glottiskrampf verhindert (dem Referenten ist dieses Vorkommniss nicht bekannt), so soll sie nicht forcirt, sondern die Tracheotomie ausgeführt werden. Die Intubation darf nicht länger als 3 bis 6 Tage dauern und nicht mehr als 2mal wiederholt werden. Bei der Tracheotomie ist der Ringknorpel zu schonen und nur die Trachea zu eröffnen; die Canüle soll, soweit möglich, nicht über 8 Tage gebraucht werden. Event. ist die Tracheotomie der prolongirten Intubation vorzuziehen. Kann man die Canüle nicht bald entfernen,

so ist die Dilatation, allerdings erst nach dem Ablaufe der entzündlichen Vorgänge, vorzunehmen. Jetzt werden die verschiedenen Dilatationsmethoden beschrieben: Zuerst werden dilatirende Canülen, darunter auch T-Canülen angeführt, weiter folgen Dilatatoren aus Metall oder Hartgummi und zuletzt wird die Anwendung elastischer Kautschuckröhrchen zur Dilatation mit Laminaria und zuletzt mit den Tuben und zwar ohne, oder nach der Tracheotomie, ohne, oder mit der Fixation in der Trachealfistel, dargestellt, wobei verschiedene Methoden und deren Modification berücksichtigt werden.

Die operative Behandlung beginnt mit Besprechung der Eingriffe im Kehlkopfe und in der Luftröhre, die beim Laryngoskop, durch das tracheoskopische Rohr, oder durch die Trachealfistel vorgenommen werden können. Dann folgt die Beschreibung der operativen Eingriffe von aussen: Zuerst wird die Tracheotomie, dann die Laryngofissur beschrieben und zuletzt die Laryngostomie ausführlich dargestellt. Es ist dies die Laryngofissur, bei welcher die Spalte zwischen den Schildknorpelplatten offen gelassen wird; Killian hat sie als Voract zur Dilatation 1906 auszuführen begonnen. (Mikulicz that dies indessen noch früher, s. Kümmel, Arch. f. Laryng. 1906). Ich liess auch die Spalte nach der Laryngofissur in einigen Fällen von Stenosen nach Perichondritis offen, um eventuell nöthige Excisionen im Kehlkopf mehrmals wiederholen zu können (vgl. Przeglad Chirurgiczny. Warschau 1894. Ref.). Die grösste Zahl der Laryngostomien wurde in Frankreich gemacht. Bei dieser Operation wird nun der Kehlkopf bis an den oberen Rand des Schildknorpels mitten gespalten, dabei sollen die eventuell über der Canüle befindlichen Trachealknorpel, wenn sie nicht ein Lumen von normaler Weite einschliessen, auch gespalten werden. Das verengernde oder verschliessende Narbengewebe ist bis an die Ringknorpelplatte median zu spalten und nur soweit auszuschneiden, dass sich ein Drainrohr hineinlegen lässt; nur membranartige Narben dürfen ganz ausgeschnitten werden. Dann soll die Haut mit der Schleimhaut, resp. mit den Narben durch Nähte vereinigt werden, was indessen nicht alle thun. Es wird nachher ein mit Vaselin leicht beschmiertes Drainrohr aus gelbem Kautschuk in die Wunde so hineingelegt, dass sein oberes Ende die Aryknorpel nicht überragt, während das untere bis an die Canüle reicht, oder noch besser, wenn es schief abgeschnitten ist, hinter der Canüle etwas herabläuft und dadurch das Vorspringen der hinteren Wand beseitigt. Das Drainrohr wird durch Fäden an die Canüle angebunden, die dazu von Sargnon eigens modificirt ist und die Kehlkopfspalte mit vaselinirter Gaze ausgefüllt. Das Drainrohr soll gut desinficirt, seine Ränder gut abgerundet sein; er muss anfangs jeden Tag, dann alle paar Tage gewechselt werden.

Es entsteht nun in der ersten Woche unter dem Druck des Drains oberflächliche Nekrose des stenosirenden Gewebes; dann bilden sich Granulationen, deren Wucherung durch Lapisstift zu beschränken ist, nach etwa einem Monate fängt die Ueberhäutung der Wundflächen an. Zu dieser Zeit soll man allmählich immer dickere Drainrohre anwenden und auf diese Weise durch mehrere Monate systematisch dilatiren, bis ein die normale Weite übersteigendes Lumen hergestellt wird. Schliesslich lässt man die Kehlkopfspalte spontan allmählig verheilen und entfernt dann den Drain in der Canüle, oder lässt noch letztere allein einige Tage

zugestopft tragen. Vor der Vornahme der Plastik an der Trachealfistel soll man jedoch nach dem Decanülement mehrere Monate abwarten, um beim eventuellen Zurückkehren der Stenose, letzterer gleich im Anfang durch die Dilatation zuvorzukommen. Die Laryngostomie wird besonders bei den nach Intubationen tracheotomirten Kindern empfohlen; sonst ist bei Tracheotomirten zuerst die Dilatation vorzunehmen. Ausserdem dürfte die Laryngostomie auch bei recidivirenden Papillomen, oder auch tuberculösen Infiltraten manchmal angezeigt sein.

Diese Behandlungsmethode, bei welcher die Verfasser auch in solchen Fällen gute Erfolge erreicht haben, in denen auf andere Art und Weise gar nichts erreicht werden konnte, wird von ihnen ausführlich und mit einer Vorliebe bearbeitet. Sie haben 6 Kranke direct, andere 11 erst nach der Laryngostomie mit der „Kautschuckdilatation" behandelt und bis auf einen Todesfall immer guten Erfolg gehabt. Sie führen noch Publicationen über die Laryngostomie an, worauf die Resection des stenosirten Segmentes des Luftrohres nach Gluck und dann die Plastik der Trachealfistel nach Berger und nach Gluck dargestellt wird. Nachher werden ausführliche Beobachtungen mehrerer, grösstentheils eigener Fälle mitgetheilt und zum Schluss Uebersichtstabellen von auf verschiedene Weise behandelten Stenosenfällen aus der Litteratur zusammengestellt. Gründliche Bearbeitung des Stoffes, richtige Verwerthung eigener, relativ reicher Erfahrung, sowie die Berücksichtigung fremder Erfahrungen, machen die Lectüre des Werkes angenehm und nützlich, während günstige Erfolge, die Verfasser in einer Reihe von Fällen erreicht haben, es erlauben zu hoffen, dass wir in der neuen Behandlungsmethode einen wesentlichen Fortschritt unserer mechanischen Therapie in den Stenosen der Luftwege gewinnen werden. Pieniazek.

---

b) J. Hofbauer. Larynx und Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geburtshülfe u. Gynäkol. Bd. 28. H. 1.

H. hat an 8 Kehlköpfen von schwangeren Frauen, die kurz vor oder nach der Entbindung an intercurrenten Erkrankungen gestorben waren, Untersuchungen darüber angestellt, ob die Schwangerschaft auf die feineren Structurverhältnisse des Kehlkopfes einen Einfluss ausübt. Er fand in 7 von diesen 8 Fällen eine stärkere Füllung der Blutgefässe, zellige Infiltration des subepithelialen Gewebes und der tieferliegenden Bindegewebsschichten, Papillenbildung an der hinteren Wand, an den Taschen- und stellenweise auch an den wahren Stimmbändern, endlich eine ausgedehnte Metaplasie des Epithels, das in grosser Ausdehnung einen mehr oder weniger ausgedehnten Charakter angenommen hat — also eine acut entstandene Pachydermie.

Dann hat H. gemeinschaftlich mit Gerber und Cohn (Königsberg i. Pr.) die Kehlköpfe einer grösseren Anzahl von Schwangeren klinisch untersucht, um festzustellen, ob den geschilderten mikroskopischen Veränderungen charakteristische Eigenthümlichkeiten im Spiegelbild entsprächen. Das Ergebniss dieser Untersuchung war folgendes: in 25 pCt. der Fälle zeigte der Kehlkopf keinerlei Veränderung; bei den übrigen Frauen wurde ausnahmslos eine mehr oder weniger ausgesprochene, immer aber charakteristische Veränderung gefunden, die sich

durch Röthung und Anfleckung der Schleimhaut an den Taschenbändern, an den Aryknorpeln und der Interarytaenoidgegend charakterisirte.

Dieser Befund wurde gewöhnlich erst nach dem ersten Drittheil der Schwangerschaft constatirt, in späteren Schwangerschaften pflegte er stärker zu sein als in der ersten.

H. weist auf die klinische Bedeutung der von ihm gefundenen Thatsachen hin, welche einerseits leicht zu falschen Deutungen führen können, andererseits die Hartnäckigkeit und Gefährlichkeit vieler Kehlkopfaffectionen während der Gravidität, besonders der Tuberculose erklären.

Zum Schluss ventilirt er die Frage, ob sich von den „laryngealen Genitalstellen“ die Vorgänge bei der Geburt etc. in ähnlichem Sinne beeinflussen lassen, wie von den nasalen Genitalstellen aus. A. Kuttner.

---

c) Sitzungsbericht der Ungarischen laryngologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 19. November 1907.

Vorsitzender: E. v. Navratil.

Schriftführer: A. Lipscher.

1. Baumgarten: Fall von beiderseitiger Recurrenslähmung.

Neben beiderseitiger Posticuslähmung bestand Hemiatrophie der Zunge und Gaumensegellähmung rechterseits. Syringomyelie und Syringobulbie.

2. D. v. Navratil: Zwei Fälle von einseitiger Recurrenslähmung.

I. 28jähriger Kranker; linksseitige Recurrenslähmung; Röntgenuntersuchung constatirt kleines Aneurysma aortae ascendentis (vor 9 Jahren Fractur des linken Schlüsselbeins).

II. 65jähriger Kranker; linkes Stimmband in Cadaverstellung. Spuren längst überstandener Lues und Arteriosklerose. Mit Röntgenstrahlen kleines Aneurysma arcus aortae nachweisbar.

Onodi betont die Wichtigkeit der Untersuchung auf Sensibilität bei Drucklähmung des Recurrens.

E. v. Navratil weist auf die Wichtigkeit der Laryngoskopie und der Röntgenuntersuchung hin, welche bei Ermangelung anderer Symptome das Aneurysma nachweisbar machen.

3. Donogány: Fibromyoma laryngis.

Bei einem 10jährigen Knaben exstirpirte D. nach vorhergehender Tracheotomie mittelst Schlinge vom linken Taschenbande einen haselnussgrossen Tumor. Histologisch: Fibromyom.

4. Zwillinger: Ueber Hypopharyngoskopie.

Z. hebt die Vorzüge des v. Eicken'schen Instrumentes hervor. In einem Falle gelang es ihm, mit dieser Methode ein Epitheliom zu diagnosticiren.

Baumgarten hält das Verfahren in Fällen von Infiltration des Kehlkopfes für unausführbar.

5. Baumgarten: Speichelstein.

B. entfernte einen bohnengrossen Speichelstein aus dem Ductus Whartonianus.

6. Onodi: Abnorme Oeffnung der Highmorshöhle (Präparat).

7. Onodi: Instrumente: a) zur breiten endonasalen Eröffnung der Highmorshöhle und b) zur explorativen Eröffnung der Siebbeinzellen.

Sitzung vom 3. December 1907.
Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: A. Lipscher.

1. Tóvölgyi: Fall von rechtsseitiger Kehlkopflähmung.

Baumgarten hält dieselbe für Ankylose im Crico-arytaenoidalgelenke.

2. Zwillinger: Operirte Kehlkopfgeschwulst.

Entfernung eines Stimmbandfibroms bei einem Lungen- und Kehlkopftuberculosekranken.

3. Lénárt: Gestielte Geschwulst (Fibrom) an der rechten Tonsille.

4. Lénárt demonstrirt einen Fall von tuberculösen Geschwüren des Rachens, Kehlkopfes und der Nase.

5. D. v. Navratil: Hydrorrhoe der linken Nasenhälfte und des linken Sinus maxillaris.

Der 28jährige Kranke hatte im April l. J. copiösen Ausfluss krystallheller Flüssigkeit aus der rechten Nasenhälfte. Rhinoskopisch negativer Befund. Rechte Highmorshöhle dunkler. Probepunction derselben durch den unteren Nasengang ergab zwei Kaffeelöffel krystallreiner Flüssigkeit; Punction durch den Processus alveolaris und systematische Durchspülungen. Sistiren des Ausflusses. — September desselben Jahres begann derselbe Ausfluss in der linken Nasenhälfte. — N. hält denselben für einen neuropathischen; der Kranke litt vor 7 Jahren an hochgradiger Neurasthenie und epileptiformen Anfällen.

6. Zwillinger: Fall von Haemangioma cavernosum hypopharyngis.

Unter der rechten Tonsille und am Zungengrunde dnnkelbläuliche Geschwülste. In der rechten Fossa piriformis eine ähnliche, nussgrosse Geschwulst. Z. hält diese für Haemangiomata cavernosa. Athmung und Schlucken unbehindert. Z. gedenkt nach Tracheotomie die Exstirpation oder Alkoholinjectionen vorzunehmen, hält aber jetzt noch den conservativen Standpunkt für angezeigter.

D. v. Navratil erwähnt im Anschluss an einen Fall, dass im Excitationsstadium der Narkose ähnlich geformte und situirte Geschwülste so anschwellen können, dass sie eine rasche Tracheotomie nothwendig machen.

Nach Láng wäre die Elektrolyse zu erproben.

7. Onodi: a) Membranöser Processus uncinatus.

b) Muschelzelle in der mittleren Muschel.

Mündet im oberen Nasengange, wie nach seiner Erfahrung in den meisten Fällen.

c) Ungewöhnlich weiter Ductus naso-lacrymalis.

Derselbe hat einen Durchmesser von 10 mm.

8. D. v. Navratil: Fall von Rhinolith.

N. zertrümmerte den 2 cm langen, 1 cm breiten, im unteren Nasengange sitzenden Stein endorhinal mit einer starken Zange und entfernte denselben stückweise.

E. v. Navratil.

---

d) Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris.

Sitzung vom 12. Juli 1907.

Boisviel: Ein auf operativem Wege geheilter Fall von Stottern.

Es handelte sich sich um ein 6jähriges Kind, bei dem das Stottern drei Mal nach folgenden drei Eingriffen verschwand: Entfernung der adenoiden Vegetationen und zweimalige Abtragung der Mandeln. Nach einigen Monaten jedoch zeigte sich der Sprachfehler von Neuem. Er verschwand erst vollkommen, nachdem Verf. einen halben Centimeter der Uvula fortgeschnitten hatte, „ohne Anästhesie, um auf das Kind Eindruck zu machen".

Castex bemerkt, dass bereits Fälle von Verschwinden des Stotterns nach der Adenoidoperation berichtet seien. Umgekehrt hat er vorübergehendes Stottern in einem Fall nach der Operation auftreten sehen; es handelte sich einfach um eine nervöse Wirkung.

Chervin: Nützlichkeit der Oto-Rhinoskopie bei den Gaumenspalten.

Ch. spricht die Ansicht aus, dass die Behandlung der Gaumenspalten in das Bereich der Oto-Rhinologen gehöre. Die Operation selbst verbessert noch nicht die Sprache; sie macht nur möglich, dass diese durch orthophonischen Unterricht erzogen wird.

Monnier: Demonstration von Instrumenten zur submucösen Resection der Nasenscheidewand.

M. demonstrirt: 1. einen Ecarteur, um den Nasenflügel und den abgelösten Schleimhautlappen zu halten.

2. Einen schneidenden Meissel, um den Knorpel ohne Perforation der Schleimhaut der Gegenseite anzuschneiden.

3. Eine schneidende Zange zur Abtragung auch der tiefsten Parthien des knorpeligen und knöchernen Septums.

Pasquier: Ueber einen Fall von Complication seitens des Nasenrachens und der Meningen bei Masern.

Bericht über den Fall eines 7jährigen Kindes, das im Verlauf der Reconvalescenz nach Masern, die normalen Verlauf genommen hatten, plötzlich von einem

Recidiv befallen wurde, das zuerst im Nasenrachen und in der Nasenhöhle localisirt war. Aus der Nase wurde ein schleimig-eitriges Secret abgesondert; die Nasenathmung war unmöglich, die Schleimhaut der Nase und des Nasenrachens war congestionirt; es bestand Fieber und Dyspnoe. Localbehandlung bessert diese Symptome, stellt die Athmung wieder her, das Kind zeigt in der Folge jedoch die Erscheinungen einer Meningitis, unter denen dann der Tod eintritt.

Koenig: Krankenvorstellung.

K. stellte eine 29jährige Frau vor, die angiebt, jeden Morgen Blut im Munde zu haben. Es fand sich beiderseits rings um den letzten oberen Molaris ein platter, runder, knorpelharter Wulst am Zahnfleisch, die nach Angabe der Patientin seit ihrer Kindheit bestehen sollen, ohne sie jemals genirt zu haben.

Sitzung vom 8. November 1907.

Boisviel: 1. Blutung nach Tonsillotomie.

Es handelte sich um eine sehr reichliche arterielle Blutung, die aus der Innenfläche des vorderen Gaumenbogens stammte, allen angewandten Mitteln trotzte und schliesslich nach 4 Stunden mit dem Eintritt einer Ohnmacht stand.

2. Demonstration eines Epithelioms des Gaumensegels, das mit dem Messer entfernt wurde und dem Patienten niemals irgend welche Beschwerden verursacht hatte.

Castex: Einige lepröse Veränderungen der Nasenhöhlen, des Gaumensegels und des Kehlkopfs.

C. hat an 4 Leprösen folgende Veränderungen beobachtet: Grosse Perforationen der Nasenscheidewand mit regelmässigen und dünnen Rändern, eine Ulceration, die einen Schanker vortäuschte, einen Polypen der Scheidewand völlig analog einem Tuberculom. In allen Fällen bestand etwas Sattelnase. Auf dem Gaumensegel fanden sich strahlenförmige Narben, die die Uvula nach vorn zogen; dies ist die typischste Veränderung. Im Larynx constatirte man eine Sklerose der supraglottischen Region, die eine Atrophie der Epiglottis und ein leukoplastisches Aussehen der Interarytaenoidschleimhaut herbeigeführt hatte.

G. Laurens hat in einer vor 10 Jahren publicirten Arbeit seine Beobachtungen an 25 Leprösen niedergelegt; an 15 konnte er Veränderungen der Nase, des Pharynx und Larynx constatiren. Was die Nase betrifft, so hatten alle Patienten anfangs eine chronische Coryza gezeigt, dessen erstes Stadium gekennzeichnet war durch Nasenverstopfung und Absonderung von Schleim, während im zweiten Stadium sehr charakteristische Blutungen auftraten. Im dritten Stadium endlich traten trophische Störungen am knorpligen Septum auf; es resultirt daraus eine Perforation nebst Deformation des Nasenrückens. In zahlreichen Fällen waren Schleimhaut und Vestibulum mit Tuberkeln besät; niemals wurden sensorielle Störungen beobachtet, dagegen bestand Anästhesie der Nasenschleimhaut gegenüber Berührung und thermischen Eindrücken. Unter 10mal konnte 6mal der Hansen'sche Bacillus im Muco-Pus und in dem aus der Epistaxis stammenden Blut nachgewiesen werden.

Die Veränderungen an Zunge, Gaumensegel, Pharynx und Larynx glichen völlig den bei secundärer und tertiärer Lues dieser Theile beobachteten; ein constantes Hauptsymptom jedoch ist die Anästhesie.

Cauzard: Demonstration eines Instrumentariums mit neuer Beleuchtung für Oesophagoskopie und Bronchoskopie.

Die Beleuchtung besteht in einer kleinen beweglichen Lampe im Innern des Tubus. Verf. hat mehrere Fremdkörperfälle der oberen Luftwege und des Oesophagus, sowie eine Verengerung des letzteren mit diesem Instrumentarium behandelt.

Koenig: Sarkom der rechten Nasenhöhle.

Es handelte sich um einen 60jährigen Mann, bei dem seit 2 Jahren Nasenbluten bestand und sich eine geringfügige Anschwellung der rechten Wange eingestellt hatte. Keine Schmerzen, keine Drüsenschwellungen. Verf. fand in der rechten Nase nahe der Choane im unteren Nasengang eine haselnussgrosse Geschwulst; die mikroskopische Untersuchung des exstirpirten Tumors ergab, dass es sich um ein Riesenzellensarkom handelte.

Paul Laurens: Grosses Angiom des Gaumensegels und des Pharynx durch Elektrolyse geheilt.

Demonstration von Moulagen. Der taubeneigrosse Tumor ist vollständig durch 15 Sitzungen mit monopolarer Elektrolyse reducirt worden. Es wurde eine mit dem positiven Pol verbundene Nadel eingestochen, die Stromstärke betrug 12 Milliampère.

G. C. Weill: Wirkung des Antituberculoseserum Marmorek bei Kehlkopftuberculose.

Eine zweijährige Erfahrung zeigt, dass das Marmorek'sche Serum eine specifische Wirkung bei frischer oder wenig ausgedehnter Läsion des Larynx hat. Bei 12 Kranken, die sich unter günstigen Bedingungen befanden, ist 7mal ein gutes Resultat, 4mal Besserung erzielt worden, während ein Misserfolg zu verzeichnen war. Alte oder ausgedehnte Läsionen des Larynx wurden oft für verschieden lange Zeit gebessert; diese Bemerkung konnte unter 19 Fällen 11mal gemacht werden. Niemals wurden schädliche Wirkungen beobachtet. Leider erweist sich das Serum als durchaus unwirksam gegenüber den vorgeschrittenen Lungenaffectionen, die so oft die Kehlkopferkrankung begleiten. Die Tagesdosis beträgt 5 bis 10 ccm.

Sitzung vom 6. December 1907.

Castex: Schwere secundäre Syphilis des Kehlkopfs.

Es finden sich Papeln auf der Glans, Plaques auf der Zungenoberfläche, der Unterlippe und den vorderen Gaumenbögen. Der Kehlkopf ist stark infiltrirt, besonders die Epiglottis, so dass es fast unmöglich ist, das Larynxinnere zu sehen. Keine Schluckschmerzen. Nach zwei Quecksilberinjectionen war bereits eine gewisse Besserung zu constatiren.

Koenig: Freier Sequester im rechten Nasenloch, wahrscheinlich traumatischen Ursprungs.

Der 45jährige Patient klagte über Katarrh und subjective Kakosmie. In der rechten Nase fand sich ein dünner dreieckiger Knochensplitter, der einem Stückchen Vomer glich und zwischen Septum und Muschel frei lag. Nach der Extraction liess sich keine Continuitätstrennung der Schleimhaut auffinden. Vor 5 Jahren Trauma mit reichlichem Blutverlust; keine Syphilis.

Paul Laurens: 1. Grosses Angiom des Gaumensegels und Pharynx mit Elektrolyse behandelt.

Demonstration des in der vorigen Sitzung vorgestellten und völlig geheilten Patienten.

2. Tumor des rechten Sinus piriformis.

Differentialdiagnose schwankt zwischen Gummi und malignem Tumor.

Lubet-Barbon hält den Tumor für ein Epitheliom.

Koenig hält im Gegensatz zu der Meinung anderer den Fall nicht für inoperabel. Er sei nicht so weit vorgeschritten, wie die von Lambert Lack der Londoner laryngologischen Gesellschaft vor 2 oder 3 Jahren vorgestellten Fälle, bei denen jener, trotzdem die Fälle von anderer Seite für inoperabel erklärt wurden, gute Operationserfolge erzielte.

Lermoyez: Modificationen in der klassischen Technik der Adenotomie.

Die erste Neuerung ist die Einführung der Maske von Camus, durch welche die Anästhesirung vereinfacht worden sei. L. benutzt das Chloräthyl, das dem Bromäthyl gegenüber den Vortheil seiner fast sofortigen Ausscheidung hat: es ist eine oder zwei Minuten nach der Narkose bereits aus dem Blute verschwunden, so dass der Patient, wenn er erst wieder zu sich gekommen ist, keinerlei Intoxicationserscheinungen verspürt, während bei Bromäthyl die Nachwirkungen noch lange anhalten. Infolge der grossen Flüchtigkeit des Präparates war es bisher nicht recht möglich, dem Patienten eine bestimmte Quantität des Narcoticums zu appliciren; man gab entweder zu viel oder zu wenig. Diesem Uebelstand hilft die Camus'sche Maske ab, die eine Narkose mit 2—3 ccm Chloräthyl möglich macht. Die zweite Verbesserung, die L. rühmt, besteht in der Benutzung des Fein'schen Adenotoms.

Mahu: Paraffinprothese.

Correction einer durch Lupus deformirten Nase mittels kalten Paraffins.

Lermoyez und Mahu: Ein neuer Druckventilator durch warme Luft.

Der Apparat ist von Gaiffe construirt. A. Cartaz.



e) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Mai 1907.

Vorsitzender: O. Chiari.

Hanszel demonstrirt eine Patientin mit einem gestielten Polypen der Epiglottis, an der oralen Fläche der Pars pharyngea aufsitzend. Interessant ist die wechselnde Grösse des Polypen, weshalb an eine Cyste mit mehr oder weniger vollständiger Entleerung des Inhaltes gedacht werden müsse.

Fein demonstrirt einen Patienten mit einem Tuberculom-Recidiv der Trachea. Vor einem Jahre erste Operation.

An der Discussion betheiligten sich Hanszel, Kahler, Roth und Glas. Von ersterem wurde versuchsweise Sonnenbelichtung, von Kahler die Laryngofissur vorgeschlagen. Dagegen sprechen sich Roth und Fein aus.

Glas: 1. Patientin, vor 9 Monaten typisch nach Killian operirt, ist bei vorzüglichem kosmetischen Resultat vollständig geheilt.

2. Ausgeheilte tertiäre Nasenlues, wobei es zur Bildung eines Loches im Gebiet des inneren Augenwinkels gekommen ist, durch das ein Einblick in das Naseninnere ermöglicht ist.

Kahler demonstrirt das Präparat eines wegen Carcinom des Taschenbandes an der Klinik vor $^3/_4$ Jahren operirten Mannes, der an einem bronchiectatischen Process gestorben ist. Man sieht eine glatte Narbe an der Operationsstelle.

Sitzung vom 9. October 1907.

Vorsitzender: O. Chiari.

Marschik demonstrirt einen Fall von Vaccine der Mundschleimhaut aus der Klinik. Die Kinder der Patientin wurden kurz vorher revaccinirt, die Patientin selbst nicht. Anfangs dachte man an Herpes. Die Entwickelung einer charakteristischen Stelle an der Oberlippe, das Nekrotisiren des Epithels der Zungenbläschen führte zur obigen Diagnose. H_2O_2 hatte keine Wirkung, dagegen eine Injection von 1500 Diphtherie-Antitoxineinheiten.

Discussion: Fein konnte ebenfalls zwei Fälle von Vaccineübertragung an der Nase beobachten, Kahler konnte an der Klinik noch mehrere solche Fälle constatiren mit der Localisation an der Zunge, Lippe und Nase. Marschik betont im Schlusswort die Schwierigkeit der Diagnose in seinem Falle, da zahlreiche in Gruppen gestellte Bläschen zu sehen waren.

Sitzung vom 6. November 1907.

Vorsitzender: O. Chiari.

Hutter stellt 1. einen 65jährigen Patienten mit einem Alveolarsarkom vom Cavum nasopharyng. ausgehend vor, das sich in den Mesopharynx ausbreitet. Da inoperabel, wird Röntgenbehandlung eingeleitet (Demonstration des mikroskopischen Präparats und des Radiogramms).

2. Führt einen Patienten mit dem Zufallsbefund eines Haemangioms

einer Arygegend vor, welches bisher symptomlos blieb, und sieht aus diesem Grunde auch von jeder Therapie ab.

Discussion zu 1: Glas möchte aus dem histologischen Präparate Lues nicht ausschliessen. Hutter verweist diesbezüglich auf Prof. Albrecht, der Lues nach dem histologischen Befunde ausschloss.

Marschik demonstrirt ein 17 jähriges Mädchen mit einem flachen granulirenden Ulcus der unteren Muschel, im Rachen narbige Verlötung zwischen Gaumen und Rachenwand, Infiltration, trichterförmige Verengerung des Hypopharynx, Infiltration und Verschmelzung der Epiglottis. Oberflächliche Ulcera. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Hereditäre chronisch - hypertrophische Lues. Hg-Kur und Jodkali.

Discussion: Hajek möchte aus der Stenose keine Schlüsse ziehen, da mehrmals Eingriffe mit dem Thermokauter vorgenommen wurden. Chiari fand als Ursache solcher Verengerungen im Hypopharynx meist Lues congenita.

Weil möchte auch dem Erfolge einer antiluetischen Therapie keine Beweiskraft zuschreiben, da bekanntlich auch gewisse Formen von Tuberculose hierdurch gut beeinflusst werden.

Kahler führt 1. einen Patienten vor, bei welchem im Anschluss an ein Trauma des Halses sich daselbst eine brettharte Infiltration mit einer mässig Eiter secernirenden Fistel bildete. Trotzdem im Secret bisher Actinomyces nicht nachgewiesen werden konnte, wäre bei der Beschäftigung des Mannes in Stall und Feld, sowie bei der Schmerzlosigkeit des Infiltrates an Actinomycose zu denken. Allerdings könnte es auch eine Halsphlegmone sein, wie sie von Reclus beschrieben wurde.

2. Spasmen der Ad- und Abductoren im Larynx, möglicherweise in Folge eines Traumas.

An der Discussion über diese beiden Fälle betheiligten sich Heindl, Bienenstock, Réthi, Roth und Chiari. Hanszel-Chiari.

---

f) Gesellschaft sächsisch-thüringischer Kehlkopf- und Ohrenärzte zu Leipzig.

Sitzung vom 2. November 1907.

Ramshorn stellt einen 28 Jahre alten Photographen vor, der seit Jahren viel mit Sublimat arbeitet. Gingivitis und Entzündung der gesammten Mundschleimhaut, Zähne grau umrandet, wacklig. Bei ihm entwickelte sich im Anschluss an einen kleinen Furunkel der Nasenspitze eine ausgedehnte Zellgewebsentzündung, welche am stärksten am Nasenboden und rechts nach dem Processus zygomat. hin entwickelt war, sich aber bis zur rechten Ohrmuschel, den Augenlidern und auf die ganze Oberlippe erstreckte. Entsprechendes Verhalten, Entleerung des Eiters und antiseptisches Reinhalten führten zur Heilung.

Barth berichtet im Anschluss hieran über einen 30jährigen Photographen, welcher seit Jahren viel mit Cyankali-Lösungen arbeitete. Er klagte über Druck in der Stirn, Schwindel und Unbesinnlichkeit. Da er oft ein Trockenheitsgefühl



e) Wiener laryngologische Gesellschaft.

aus. Ausser um

Sitzung vom 8. Mai 1907. ...onderes.

Vorsitzender: O. Chiari. ...ochen ein ausgedehn-

Hanszel demonstrirt eine Patientin mit einer ...merz und Fieber) hat;
Epiglottis, an der oralen Fläche der Pars phary... ...tischen Charakters. Keine
ist die wechselnde Grösse des Polypen, weshalb ... ...uetische Infection nicht mit
weniger vollständiger Entleerung des Inhaltes ge... ...ssere Wahrscheinlichkeit dafür,

Fein demonstrirt einen Patienten mit ei... ...ptische Behandlung hat schon
Trachea. Vor einem Jahre erste Operation ...ntzog sich später unserer Behand-

An der Discussion betheiligten sich ... ...nter Jodbehandlung — bald völlig
Von ersterem wurde versuchsweise Sonne... ...ss hieran Fälle, bei welchen infolge
fissur vorgeschlagen. Dagegen sprechen ... ...kung an Lippe, Zahnfleisch, hartem

Glas: 1. Patientin, vor 9 Mon... ...elche leicht Lues vortäuschen, auf der
vorzüglichem kosmetischen Resultat ... ...öllig latenter Lues charakteristische Er-

2. Ausgeheilte tertiäre Nase... ...ter Nähe eines kleinen therapeutischen
Gebiet des inneren Augenwinkels ... ...urch ausgesprochene antisyphilitische Be-
Naseninnere ermöglicht ist.

Kahler demonstrirt d... ...er 1907 wurden nur Ohrenkranke vorgestellt.
bandes an der Klinik vor ...

Barth.

ectatischen Process geste...
stelle.

Marschik
aus der Klinik.
Patientin selb...
charakteristi...
Zungenblä...
eine Injec...

Di...
an der
consta...
tont ...
in G...

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

''ⁿnales Centralblatt

für

ʒie, Rhinologie

.vandte Wissenschaften.

Berlin, December. 1908. No. 12.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

ₜtter (Groningen). **Die Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde als Theil ᵢicin. (De neus-, keel- en oorheelkunde als onderdeel der genees- ..)** *Groningen 1907.*

. H. Quix (Utrecht). **Die Bestimmung der Hörschärfe. (De bepaling van ᵢet gehoorvermogen.)** *Utrecht 1907.*

Academische Antrittsreden bei Uebernahme der Docentur für Otorhinolaryngologie.

H. BURGER.

3) **Hanau W. Loeb. Die Grenzlinie von Laryngologie, Rhinologie und Otologie. (The borderline of Laryngology, Rhinology and Otology.)** *Journal American Medical Association. 1. August 1908.*

Uebersicht über Stand und Ausdehnung der Specialität.

EMIL MAYER.

4) **Francesco Maltese. Statistisch-klinischer Bericht der oto-rhino-laryngologischen Klinik der Universität Turin vom 1. Januar 1901 bis 31. December 1907. (Resoconto statistico-clinico del 1 Gennaio 1901 al 31 Decembre 1907 della Clinica oto-rino-laringologica della R. Università di Torino.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. 1. September 1908.*

Die Statistik bezieht sich nur auf die stationäre von Gradenigo geleitete Klinik. Die Zahl der Patienten betrug 972; davon betrafen Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen 19,4 pCt., des Larynx und der Trachea 18,7 pCt. des Rachens und Nasenrachenraums 10,3 pCt., alles andere waren Ohrenkranke.

FINDER.

5) **Weleminsky** (Wien). **Diagnose und Therapie in der Laryngologie ohne specialärztliche Technik.** *Med. Klinik. 40. 1908.*

Aus der Pathologie der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs greift W. eine Reihe von Processen heraus, von denen er annimmt, dass sie auch ohne specielle technische Ausbildung vom Hausarzt diagnosticirt und behandelt werden könnten. (Der Verf. scheint aber doch zu viel technische Geschicklichkeit des practischen Arztes vorauszusetzen. D. Ref.)

SEIFERT.

in der Nase hatte, glaubte er, die Beschwerden gingen von hier aus. Ausser um weniges zu weiten Nasengängen fand sich aber hier nichts Besonderes.

Barth stellt eine 19jährige Frau vor, welche seit 7 Wochen ein ausgedehntes Ulcus im Pharynx mit starken Beschwerden (Schmerz und Fieber) hat; ausserdem ein pustulöses Exanthem sicher nicht syphilitischen Charakters. Keine Drüsenschwellung. Am Genitale nichts. Obwohl luetische Infection nicht mit Sicherheit auszuschliessen ist, spricht doch die grössere Wahrscheinlichkeit dafür, dass eine solche nicht vorliegt. Sorgfältige antiseptische Behandlung hat schon wesentliche Besserung herbeigeführt. (Patient entzog sich später unserer Behandlung und ist dem Vernehmen nach — nun unter Jodbehandlung — bald völlig geheilt.) Vortragender bespricht im Anschluss hieran Fälle, bei welchen infolge localer Entzündung, Reizung oder Druckwirkung an Lippe, Zahnfleisch, hartem Gaumen örtliche Erkrankungen auftreten, welche leicht Lues vortäuschen, auf der anderen Seite aber auch solche, wo bei völlig latenter Lues charakteristische Erkrankungen an der Stelle oder in nächster Nähe eines kleinen therapeutischen Eingriffes sich einstellen, welche erst durch ausgesprochene antisyphilitische Behandlung zur Heilung zu bringen sind.

In der Sitzung vom 14. December 1907 wurden nur Ohrenkranke vorgestellt.

Barth.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, December. 1908. No. 12.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **W. Schutter** (Groningen). **Die Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde als Theil der Medicin. (De neus-, keel- en oorheelkunde als onderdeel der geneeskunde.)** *Groningen 1907.*

2) **F. H. Quix** (Utrecht). **Die Bestimmung der Hörschärfe. (De bepaling van het gehoorvermogen.)** *Utrecht 1907.*

Academische Antrittsreden bei Uebernahme der Docentur für Otorhinolaryngologie.

H. BURGER.

3) **Hanau W. Loeb. Die Grenzlinie von Laryngologie, Rhinologie und Otologie. (The borderline of Laryngology, Rhinology and Otology.)** *Journal American Medical Association. 1. August 1908.*

Uebersicht über Stand und Ausdehnung der Specialität.

EMIL MAYER.

4) **Francesco Maltese. Statistisch-klinischer Bericht der oto-rhino-laryngologischen Klinik der Universität Turin vom 1. Januar 1901 bis 31. December 1907. (Resoconto statistico-clinico del 1 Gennaio 1901 al 31 Decembre 1907 della Clinica oto-rino-laringologica della R. Università di Torino.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. 1. September 1908.*

Die Statistik bezieht sich nur auf die stationäre von Gradenigo geleitete Klinik. Die Zahl der Patienten betrug 972; davon betrafen Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen 19,4 pCt., des Larynx und der Trachea 18,7 pCt. des Rachens und Nasenrachenraums 10,3 pCt., alles andere waren Ohrenkranke.

FINDER.

5) **Weleminsky** (Wien). **Diagnose und Therapie in der Laryngologie ohne specialärztliche Technik.** *Med. Klinik. 40. 1908.*

Aus der Pathologie der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs greift W. eine Reihe von Processen heraus, von denen er annimmt, dass sie auch ohne specielle technische Ausbildung vom Hausarzt diagnosticirt und behandelt werden könnten. (Der Verf. scheint aber doch zu viel technische Geschicklichkeit des practischen Arztes vorauszusetzen. D. Ref.)

SEIFERT.

6) **William M. Richards. Die Behandlung von Erkrankungen, die auf Katarrh der Respirationswege beruhen. (The treatment of diseases due to respiratory catarrh.)** *N. Y. Medical Record. 20. Juni 1908.*

Verf. bezeichtet eine grosse Gruppe von Erkrankungen, die durch Behinderung der Nasenathmung bedingt sind, als „Vacuumrespirationskrankheiten", da sie durch den Versuch, durch eine theilweise verstopfte Nase zu athmen, was ein partielles Vacuum im Respirationstract zur Folge habe, hervorgerufen würden. Er betont die Wichtigkeit der Wiederherstellung der Nasenathmung in solchen Fällen.

LEFFERTS.

7) **A. Hennig** (Königsberg i. Pr.). **Der Einfluss der deutschen Meere (Ost- und Nordsee) auf die Tuberculose der oberen Luftwege.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 7. 1908.*

Als Facit seines auf dem Wiener Rhino-Laryngologen-Congress gehaltenen Vortrages stellt H. folgende Thesen auf:

1. Der Einfluss der deutschen Meere (Ost- und Nordsee), besonders des Seeklimas auf Tuberculose der oberen Luftwege, wie der Lungen im Anfangsstadium ist sehr günstig, in der Mehrzahl der Fälle tritt Heilung ein; auch das 2. Stadium weist bei längerem Aufenthalt an der See noch stets bedeutende Besserung auf.

2. Ganz besondere Vortheile von einem längeren Aufenthalte auf einzelnen Nordseeinseln und in verschiedenen Curorten der Ostsee haben diejenigen Tuberculosen der oberen Luftwege, die sich auf anämischer oder chlorotischer Grundlage, in Folge allgemeiner Körperschwäche im Anschluss an Scrophulose, Rhachitis oder Infectionskrankheiten entwickelt haben.

3. Die Curorte der Ostsee eignen sich besonders für schwächliche und zarte Constitutionen, die Nordseeinseln mehr für kräftigere Naturen. Im Allgemeinen sind die Ostseebäder wegen ihrer mehr windgeschützten Lage zu bevorzugen.

4. Die klimatische Cur kann sowohl an der Ost- wie Nordsee während des ganzen Jahres gebraucht werden und muss mit einer hygienisch-diätetischen Inhalations-, medicamentösen und ev. localen Behandlung verbunden werden.

5. Die Errichtung von Lungenheilstätten und Sanatorien für Lungen- und Kehlkopftuberculose mit Jahresbetrieb und geeigneten, windgeschützten Plätzen an den deutschen Meeresküsten ist ein dringendes Bedürfniss.

6. Weit ausgedehnte Tuberculosen der oberen Luftwege im Verein mit vorgeschrittener Lungentuberculose bilden eine Gegenanzeige für einen Aufenthalt an der See.

7. Bacillenspucker sind von dem Aufenthalt in offenen Curorten an der See auszuschliessen und dürfen nur in geschlossenen Anstalten untergebracht werden.

HECHT.

8) **T. W. Gleitsman. Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege. (Treatment of tuberculosis of the upper air passages.)** *N. Y. Medical Journal. 4. Juli 1908.*

Vortrag gehalten auf dem I. Internationalen Laryngologencongress in Wien. Conf. Centralblatt diesen Jahrgang, S. 461.

LEFFERTS.

9) **F. Massei. Das Laryngoskop und die Erkrankungen des Herzens und der Gefässe. (Il laringoscopio e le malattie cardio-vascolari.)** *Il Risveglio Medico d'Abruzzo. II. Jahrgang. 33—35.*

Verf. weist darauf hin, welche Fingerzeige die laryngoskopische Untersuchung bei Erkrankungen des Herzens und der Aorta geben kann. Er kommt auch auf die von ihm bei gewissen Formen von Recurrenslähmung constatirte Anästhesie des Vestibulum laryngis zu sprechen. Dieses Symptom findet sich nach ihm nur bei neurogenen Lähmungen und nicht bei solchen myopathischen Ursprungs und hat deswegen einen differentialdiagnostischen Werth. Die Recurrenslähmungen bei Mitralstenose hält er für ungemein selten; der Mechanismus ihres Zustandekommens sei noch ungewiss.

FINDER.

10) **Wechselmann** und **Marcuse** (Berlin). **Ueber gangräneseirende Processe in der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle auf leukämischer Grundlage.** *Dermatol. Zeitschr. XV. Bd. 1908.*

Bei dem 32jährigen Kranken heilten anfangs die an der Unterlippe bestehenden Gangränen unter Röntgentherapie und auch ohne Therapie ab, eine Affection am Kehldeckel wurde anfangs für eine Angina Vincenti gehalten. Erst die später vorgenommene Blutuntersuchung erbrachte den klinischen Beweis für die Leukämie, bei der Section zeigte sich wiederum ein ulceröser Zerfall am Kehldeckel neben einer lymphomatösen Infiltration im Rachenring.

SEIFFERT.

11) **W. Sandhoff. Statistischer Beitrag zur Kenntniss über das Zusammentreffen von Erkrankungen des Ohres mit solchen der Nasen- und Rachenhöhle.** *Dissert. Göttingen 1907.*

Nach der sich über 10 Jahre erstreckenden Statistik der Göttinger Poliklinik für Ohren- und Nasenkrankheiten führen 45,5 pCt. der Nasen- und Rachenkrankheiten zu Ohrerkrankungen. Das Material ist in 7 Tabellen geordnet.

Wenn eine Nasen- und Ohrerkrankung sich bei ein und demselben Individuum vorfindet, so ist der Entscheid, ob das Ohrenleiden von der Nasenerkrankung abhängig ist oder nicht, oft schwer oder unmöglich; namentlich aus diesem, dann aber auch aus anderen Gründen, die Verf. erwähnt, entsprechen die Zahlenergebnisse nicht genau der Wirklichkeit.

OPPIKOFER.

12) **Sedziak. Pharyngo-laryngo-nasale Störungen im Verlaufe der Krankheiten des unteren Respirationstractus. (Zabukenia nosowo-gardlowo krtaniowo w pnebiegu eserpien dolnych dróg oddechowych.)** *Czasopismo Lekarskie. No. 9, 10. 1907.*

Nachdem Verf. allgemeine Betrachtungen über die Ursachen der pharyngolaryngonasalen Störungen einerseits, des Respirationstractus anderseits angestellt hat, ergeht er sich in Betrachtungen über diese Krankheiten im einzelnen auf Grund eigener Erfahrung, besonders was die Tuberculose anbelangt.

v. SOKOLOWSKI.

13) **Canalejo** (Madrid). **Das Radium in der laryngologischen Therapie. (El radio en la terapeútica laringologica.)** *Siglo Medico. April 1908.*

Eine zusammenfassende Studie über die therapeutische Anwendung des Radiums in der laryngologischen Therapie.

TAPIA.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **W. L. Hanau. Anatomie der Nebenhöhlen nach Reconstruction zweier Schädel. (Anatomie des sinus accessoires du nez basée sur la reconstruction de deux têtes.)** *Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. No. 48. p. 641. 1907.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

15) **Max Goerke** (Breslau). **Bemerkungen zur pathologischen Anatomie der Nase und ihrer Nebenhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 371. 1907.*

Die Bemerkungen knüpfen sich an die im Archiv für Laryngologie erschienene Arbeit Oppikofer's „Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie der Nase und ihrer Nebenhöhlen" (Bd. XIX, S. 28). Verf. präcisirt noch einmal seinen früher bereits vertretenen Standpunkt zur Frage der in cadavere so häufig gefundenen Nebenhöhlen- und Mittelohrergüsse und der „intraepithelialen Drüsen der Nasenschleimhaut." In Bezug auf Letztere macht er Prioritätsansprüche geltend, weist aber gleichzeitig auf die Bedeutungslosigkeit der ganzen Frage hin. Die von O. als „Degenerationsräume im Epithel" bezeichneten Befunde hält Verf. wenigstens theilweise für von ihm als „Lymphlachen" bezeichnete Gebilde, die in Folge Auseinanderdrängens der Epithelzellen durch den Lymphstrom entstanden seien.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

16) **Max Scheier** (Berlin). **Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Erkrankungen der nasalen Nebenhöhlen.** *Beiträge zur Anatomie, Phys., Path. und Therapie des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 1. S. 402. 1908.*

Für Schädelaufnahmen bedient sich Sch. mittelharter Röhren und exponirt bei Sagittalaufnahmen durchschnittlich 50—80 und bei Profilaufnahmen 25 bis 50 Secunden.

Während die Sagittalaufnahmen des Kopfes von den meisten Autoren in liegender Stellung des Patienten vorgenommen werden, empfiehlt Sch. die sitzende Stellung. Das Liegen auf dem Bauche ist für fette oder kranke Personen beschwerlich. Im ferneren kann, wenn das Gesicht auf der Platte liegt, im Verlaufe der Aufnahme allmählich die Nasenspitze etwas zusammengedrückt werden, das Gesicht sich der Platte nähern und dadurch ein unscharfes Bild entstehen; in liegender Stellung können gelegentlich starke Schweisssecretion des Patienten oder Katarrhe der Nase die in schwarzes Papier eingewickelte Platte angreifen und zu unrichtiger Deutung des Bildes Veranlassung geben. Endlich ist ein exactes Einstellen der Röhre in ihren Beziehungen zum Kopf, zur Blende und Platte in sitzender Stellung leichter möglich.

Alle die Fehlerquellen, die bei einer Röntgenaufnahme des Kopfes vorkommen können, werden eingehend besprochen.

Unter den letzten 100 Röntgenaufnahmen des Kopfes hat Sch. dreimal Haarausfall beobachtet. Die Exposition hatte in diesen Fällen nicht einmal 1 Minute gedauert, die Haare wachsen immer wieder nach.

Bei dem Entscheide, ob eine Nebenhöhleneiterung vorliegt oder nicht, ist die Röntgenaufnahme der elektrischen Durchleuchtung überlegen. Dass man aber auf die Röntgenaufnahme allein sich nicht verlassen und desshalb die bisherigen verschiedenen Untersuchungsmethoden nicht vernachlässigen darf, darauf macht auch Sch. ausdrücklich aufmerksam.

8 Photographien sind der klaren Arbeit beigefügt. OPPIKOFER.

17) **A. R. Solenberger. Ueber die Obliteration der Nasennebenhöhlen. (On the obliteration of the accessory nasal sinuses.)** *The Laryngoscope. August 1907.*

In jedem Fall soll der Grad der Chronicität bei der Wahl der Operationsmethode leiten. Die in den meisten Fällen vorhandene intranasale Erkrankung soll so weit als möglich beseitigt werden und da dies in den meisten Fällen nicht möglich ist, so sollte die intranasale Behandlung pari passu mit der Operation gehen, damit eine Reinfection des Operationsfeldes verhütet wird. In allen Fällen soll die ganze Wand entfernt werden, man darf keinen überhängenden Knochen stehen lassen, die Curettage soll möglichst gründlich gemacht werden.

EMIL MAYER.

18) **A. Heimendinger** (Strassburg i. E.). **Beiträge zur pathologischen Anatomie der Kieferhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 381. 1907.*

Verf. veröffentlicht zuerst einen Fall von Cholesteatombildung der Kieferhöhle, der durch Coincidenz mit Ozaena ausgezeichnet ist. Verf. sucht zwischen beiden Processen einen causalen Zusammenhang herzustellen; er meint, dass vielleicht das Plattenepithel der Kieferhöhle eine Fortsetzung der durch die Ozaena metaplasirten Nasenschleimhaut durch das Foramen maxillare darstellt oder dass das Plattenepithel durch die im unteren Nasengange angelegte Operationsöffnung in die Kieferhöhle eingewandert ist. Die vorhandene Eiterung und die damit verbundene Retention verursachen durch dauernden Reiz auf die metaplasirte Schleimhaut eine Steigerung der Epidermiselemente, Cholesteatombildung.

Der zweite Fall, eine Cholestearincyste der Kieferhöhle mit in der Cystenwand liegenden, die Cholestearinspalten umgebenden Riesenzellen, giebt Verf. Veranlassung, die Theorien der Entstehung der Riesenzellen zu erörtern. Es handelt sich meistens um Riesenzellen, deren bläschenförmige Kerne über die ganze Zelle zerstreut sind, so dass nur wenig Protoplasma zu erkennen ist. In den Fällen, wo sich die Riesenzellen mehr dem Langhans'schen Typus nähern, sind in der centralen Protoplasmaschicht bei feiner Bewegung der Mikrometerschraube die Contouren von denselben bläschenförmigen Kernen zu erkennen, die auf eine ursprünglich diffuse Anordnung hinweisen. Die als Langhans'sche Zellen imponirenden Riesenzellen sind also solche, in deren Centrum die Kerne

zu Grunde gegangen sind, so dass nach Verf.'s Ansicht der principielle Unterschied zwischen Langhans'schem Typus und dem sog. Myeloplaxentypus entfällt. H.'s Befunde decken sich somit nicht mit der Annahme, dass die Riesenzellen Durchschnitten von Blut- oder Lymphgefässen entsprechen (Cornil, Thaon, Brosch, Hering, Schleifstein). In Bezug auf die Entstehungsweise der Riesenzellen ergeben die Beobachtungen, dass die Mehrzahl durch Confluenz, seltene Ausnahmen aber durch unicelluläres Wachsthum entstehen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

19) **G. Alagna. Ueber die pathologische Histologie des chronischen Oberkieferhöhlenempyems. (Sull'istologia patologica dell'empiema cronico del seno mascellare.)** *Arch. Ital. di Otologia. etc. Juli 1907.*

Verf. hat seine Untersuchungen an dem bei 10 Patienten mittelst der chirurgischen Eingriffe gewonnenen Material angestellt. Verfasser beschreibt zuerst die feinere Anatomie der normalen Nasenschleimhaut, sodann die bei chronischem Empyem sich findenden Veränderungen des Epithels, der Subepithelialschicht, die Veränderungen der Gefässe und der Drüsen, die Bildung von Cysten, von Polypen, von papillomatösen Wucherungen; ferner behandelt er die Anwesenheit von Plasmazellen und deren Degenerationsformen. In einem Fall fand Verf. in der Schleimhaut knorpelige in Verknöcherung begriffene Gebilde.

FINDER.

20) **Aris Garcia. Ueber Stirn- und Oberkieferempyeme. (Sobra las sinusitis frontales y maxilares.)** *Boletin de laringologia. December 1907.*

Zusammenfassende Studie.

TAPIA.

21) **Gaudier** (Lille). **Seltenheit des Oberkieferempyems dentalen Ursprungs. (Rareté de sinusite maxillaire d'origine dentaire.)** *Congrès de stomatologie. Paris 1907.*

Unter 52 Oberkieferempyemen, die seit 6 Jahren in seine Hospitalbehandlung gekommen sind, waren nur 7, bei denen man einen dentalen Ursprung annehmen konnte. Verf. giebt eine Uebersicht über die Symptome, die für den dentalen Ursprung des Empyems sprechen. Als bacteriologisches Merkmal führt er an, dass sich beim dentalen Empyem sehr wenig Pneumokokken finden, die bei den Empyemen anderer Herkunft sehr zahlreich seien.

A. CARTAZ.

22) **Hajek** (Wien). **Ein Beitrag zur Kenntniss des dentalen Empyems der Kieferhöhle auf Grund meiner Beobachtungen der letzten zehn Jahre.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klinische Wochenschr. No. 16. 1908.*

Von 250 Kieferhöhlenempyemen waren 20 dentalen Ursprungs. Die verschiedenen Formen des dentalen Empyems lassen sich eintheilen in solche, die

1. bei acut entzündlichen Veränderungen der Zahnwurzel und der Alveolarumgebung und

2. bei chronisch entzündlichen Veränderungen der Zahnwurzel und der Alveolarumgebung auftreten.

Zur ersten Gruppe gehören der acute Wurzelabscess, die acute Periostitis,

die circumscripte oder die diffuse Ostitis des Alveolarfortsatzes. Zur zweiten Gruppe: die chronische Wurzelhautentzündung, die Durchwanderung des Alveolarfortsatzes, die Entstehung des Empyems in Folge Zahnbehandlung, Durchbruch einer eitrig entzündeten Kiefercyste in die Kieferhöhle.

In den zur zweiten Gruppe gehörigen Fällen stösst die Diagnose oft auf erhebliche Schwierigkeiten. HANSZEL.

23) **G. Mahé** (Paris). **Das dentale Oberkieferempyem und seine Behandlung. (L'empyème du sinus maxillaire et son traitement.)** *Presse médicale. 8. Juli 1908.*

Die meisten Sinusitiden und Empyeme sind nach Ansicht des Verf.'s dentalen Ursprungs und bedürfen nur einer einfachen Behandlung durch den Zahnarzt, die darin besteht, dass der kranke Zahn extrahirt und die Höhle ausgespült wird.

GONTIER de la ROCHE.

24) **E. Kellner. Beitrag zur Klinik der mit Knochennekrose einhergehenden Kieferhöhleneiterungen.** (Aus der k. k. Univers.-Klinik f. Kehlkopf- u. Nasenkrankheiten in Wien des Hofrath O. Chiari.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinol.-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Beschreibung von 7 Fällen, in denen nur die Kieferhöhle erkrankt war, und eines Falles, in welchem auch das Siebbein miterkrankt war. Mit Ausnahme eines Falles gelangten alle übrigen nach wochen- und monatelanger Erkrankung zur Aufnahme. Für die Diagnose der acuten Erkrankung spricht der stürmische Beginn mit hohem Fieber, das käsige fötide Secret aus der vorher gesund gewesenen Nase. Gegen die chronischen Fälle kommen differentialdiagnostisch Tuberculose, Lues und Phosphornekrose in Betracht. HANSZEL.

25) **Andereya** (Hamburg). **Zur Diagnose und Behandlung der Oberkiefercysten.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 287. 1907.*

Verf. sieht von den Schleimhautcysten innerhalb der Kieferhöhle ab, ebenso von den folliculären Zahncysten, die durch Störungen in der Entwicklung des Zahnkeims entstehen. Der Aufsatz behandelt nur diejenigen Cysten, welche meist bei Erwachsenen sich zeigen und die Folge einer Periodontitis chronica sind. Verf. giebt die Krankengeschichte von 6 eigenen Fällen wieder. Von den diagnostischen Merkmalen sei hervorgehoben, dass der Abfluss von Eiter aus der Fistelöffnung der Fossa canina in die Mundhöhle in erster Linie an eine Oberkiefercyste denken lässt. Die Beschaffenheit des Eiters selbst kann differentialdiagnostisch nicht verwerthet werden. — Bei der Therapie ist vorzüglich darauf Werth zu legen, das Cystenepithel im Allgemeinen zu schonen und es dadurch, dass ein breites Stück von der vorderen Wand herausgeschnitten wird, in Verbindung mit dem Mundepithel zu bringen. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

26) **R. Lake** (London). **Eine Studie über cystische Erkrankung der Oberkieferhöhle. (A study of cystic diseaso of the maxillary antrum.)** *Lancet. 19. März 1908.*

Verf. beschreibt einen eine 18jährige Patientin betreffenden Fall. Es waren von der rechten Choane (sic! Ref.) mehrere einfache und cystische Polypen ent-

zu Grunde gegangen sind, so dass nach Verf.'s Ansicht der principielle Unterschied zwischen Langhans'schem Typus und dem sog. Myeloplaxentypus entfällt. H.'s Befunde decken sich somit nicht mit der Annahme, dass die Riesenzellen Durchschnitten von Blut- oder Lymphgefässen entsprechen (Cornil, Thaon, Brosch, Hering, Schleifstein). In Bezug auf die Entstehungsweise der Riesenzellen ergeben die Beobachtungen, dass die Mehrzahl durch Confluenz, seltene Ausnahmen aber durch unicelluläres Wachsthum entstehen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

19) **G. Alagna. Ueber die pathologische Histologie des chronischen Oberkieferhöhlenempyems. (Sull'istologia patologica dell'empiema cronico del seno mascellare.)** *Arch. Ital. di Otologia. etc. Juli 1907.*

Verf. hat seine Untersuchungen an dem bei 10 Patienten mittelst der chirurgischen Eingriffe gewonnenen Material angestellt. Verfasser beschreibt zuerst die feinere Anatomie der normalen Nasenschleimhaut, sodann die bei chronischem Empyem sich findenden Veränderungen des Epithels, der Subepithelialschicht, die Veränderungen der Gefässe und der Drüsen, die Bildung von Cysten, von Polypen, von papillomatösen Wucherungen; ferner behandelt er die Anwesenheit von Plasmazellen und deren Degenerationsformen. In einem Fall fand Verf. in der Schleimhaut knorpelige in Verknöcherung begriffene Gebilde.

FINDER.

20) **Aris Garcia. Ueber Stirn- und Oberkieferempyeme. (Sobra las sinusitis frontales y maxilares.)** *Boletin de laringologia. December 1907.*

Zusammenfassende Studie.

TAPIA.

21) **Gaudier** (Lille). **Seltenheit des Oberkieferempyems dentalen Ursprungs. (Rareté de sinusite maxillaire d'origine dentaire.)** *Congrès de stomatologie. Paris 1907.*

Unter 52 Oberkieferempyemen, die seit 6 Jahren in seine Hospitalbehandlung gekommen sind, waren nur 7, bei denen man einen dentalen Ursprung annehmen konnte. Verf. giebt eine Uebersicht über die Symptome, die für den dentalen Ursprung des Empyems sprechen. Als bacteriologisches Merkmal führt er an, dass sich beim dentalen Empyem sehr wenig Pneumokokken finden, die bei den Empyemen anderer Herkunft sehr zahlreich seien.

A. CARTAZ.

22) **Hajek** (Wien). **Ein Beitrag zur Kenntniss des dentalen Empyems der Kieferhöhle auf Grund meiner Beobachtungen der letzten zehn Jahre.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klinische Wochenschr. No. 16. 1908.*

Von 250 Kieferhöhlenempyemen waren 20 dentalen Ursprungs. Die verschiedenen Formen des dentalen Empyems lassen sich eintheilen in solche, die

1. bei acut entzündlichen Veränderungen der Zahnwurzel und der Alveolarumgebung und
2. bei chronisch entzündlichen Veränderungen der Zahnwurzel und der Alveolarumgebung auftreten.

Zur ersten Gruppe gehören der acute Wurzelabscess, die acute Periostitis,

die circumscripte oder die diffuse Ostitis des Alveolarfortsatzes. Zur zweiten Gruppe: die chronische Wurzelhautentzündung, die Durchwanderung des Alveolarfortsatzes, die Entstehung des Empyems in Folge Zahnbehandlung, Durchbruch einer eitrig entzündeten Kiefercyste in die Kieferhöhle.

In den zur zweiten Gruppe gehörigen Fällen stösst die Diagnose oft auf erhebliche Schwierigkeiten. HANSZEL.

23) G. Mahé (Paris). **Das dentale Oberkieferempyem und seine Behandlung. (L'empyème du sinus maxillaire et son traitement.)** *Presse médicale. 8. Juli 1908.*

Die meisten Sinusitiden und Empyeme sind nach Ansicht des Verf.'s dentalen Ursprungs und bedürfen nur einer einfachen Behandlung durch den Zahnarzt, die darin besteht, dass der kranke Zahn extrahirt und die Höhle ausgespült wird.

GONTIER de la ROCHE.

24) **E. Kellner. Beitrag zur Klinik der mit Knochennekrose einhergehenden Kieferhöhleneiterungen.** (Aus der k. k. Univers.-Klinik f. Kehlkopf- u. Nasenkrankheiten in Wien des Hofrath O. Chiari.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinol.-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Beschreibung von 7 Fällen, in denen nur die Kieferhöhle erkrankt war, und eines Falles, in welchem auch das Siebbein miterkrankt war. Mit Ausnahme eines Falles gelangten alle übrigen nach wochen- und monatelanger Erkrankung zur Aufnahme. Für die Diagnose der acuten Erkrankung spricht der stürmische Beginn mit hohem Fieber, das käsige fötide Secret aus der vorher gesund gewesenen Nase. Gegen die chronischen Fälle kommen differentialdiagnostisch Tuberculose, Lues und Phosphornekrose in Betracht. HANSZEL.

25) **Andereya** (Hamburg). **Zur Diagnose und Behandlung der Oberkiefercysten.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 287. 1907.*

Verf. sieht von den Schleimhautcysten innerhalb der Kieferhöhle ab, ebenso von den folliculären Zahncysten, die durch Störungen in der Entwicklung des Zahnkeims entstehen. Der Aufsatz behandelt nur diejenigen Cysten, welche meist bei Erwachsenen sich zeigen und die Folge einer Periodontitis chronica sind. Verf. giebt die Krankengeschichte von 6 eigenen Fällen wieder. Von den diagnostischen Merkmalen sei hervorgehoben, dass der Abfluss von Eiter aus der Fistelöffnung der Fossa canina in die Mundhöhle in erster Linie an eine Oberkiefercyste denken lässt. Die Beschaffenheit des Eiters selbst kann differentialdiagnostisch nicht verwerthet werden. — Bei der Therapie ist vorzüglich darauf Werth zu legen, das Cystenepithel im Allgemeinen zu schonen und es dadurch, dass ein breites Stück von der vorderen Wand herausgeschnitten wird, in Verbindung mit dem Mundepithel zu bringen. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

26) **R. Lake** (London). **Eine Studie über cystische Erkrankung der Oberkieferhöhle. (A study of cystic disease of the maxillary antrum.)** *Lancet. 19. März 1908.*

Verf. beschreibt einen eine 18jährige Patientin betreffenden Fall. Es waren von der rechten Choane (sic! Ref.) mehrere einfache und cystische Polypen ent-

fernt worden. Die rechte Highmorshöhle wurde von der rechten Fossa canina aus eröffnet, die Schleimhaut, die dicht mit kleinen, eine gelbliche Flüssigkeit enthaltenden Cystchen besetzt war, wurde entfernt.

JAMES DONELAN.

27) A. Heindl. **Die Probepunction der Kieferhöhle vom unteren Nasengang aus, ihre Technik und ihre Resultate.** (Aus dem laryngol. Ambulat. des Rudolfs-Spitals des Dr. Heindl.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinol.-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

1. Fehlerhafte Ausführung bei normalen Verhältnissen auf viererlei Art.
2. Fehlerhafte Ausführung wegen abnormer anatomischer Verhältnisse.
3. Die Operation wird nach Vorschrift correct ausgeführt und erscheint misslungen wegen bestehender pathologisch veränderter Verhältnisse (Aufzählung derselben).
4. Die Operation ist correct ausgeführt und erscheint misslungen bei normalen, ebenso wie bei abnormalen Verhältnissen aus äusseren Gründen (Verstopfung der Canüle, Eindringen in einen Fremdkörper wie Tampon, Drain).

HANSZEL.

28) W. Schilperoort (Rotterdam). **Die Radicaloperation der Oberkieferhöhlenentzündung unter localer Anästhesie. (De radicale operatie van ontsteking der bovenkaaksholte onder plaatselijke ongevoeligheid.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 354. 1907.*

S. betont die Nachtheile und Gefahren der Narkose bei der Oberkieferhöhlenoperation und empfiehlt wärmstens die örtliche Anästhesie, wofür er 3 ccm einer 1 proc. Cocainlösung, der 6 Tropfen einer 0,1 proc. Adrenalinlösung beigefügt sind, submucös injicirt.

H. BURGER.

29) Rueda (Madrid). **Ein in der Kieferhöhle sitzendes Projectil. (Proyectil aloyado en el seno maxilar.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. I.*

An den Bericht über den Fall knüpft Verf. Bemerkungen besonders darüber, wie schnell die durch das Geschoss bewirkte Eiterung in Heilung überging.

TAPIA.

30) A. Onodi (Budapest). **Instrumente zur endonasalen Eröffnung der Kieferhöhle und der Siebbeinzellen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 352. 1907.*

Beschreibung und Abbildung je eines Instrumentes zur Eröffnung der Kieferhöhle und der Siebbeinzellen, — Die Kieferhöhlenstanze O.'s vereinigt in ihrem Bau das Princip eines Troikarts und einer Stanze. Nach erfolgter Punction der nasalen Kieferhöhlenwand (unterer oder mittlerer Nasengang) mit dem Weleminsky'schen Troikarts entfernt Verf. mit seiner Stanze soviel, bis er eine 1 bis $1^1/_2$ bis 2 cm grosse Oeffnung bereitet hat. Nach Herstellung der breiten Oeffnung wird die Kieferhöhle mit 3 proc. Borsäurelösung gereinigt und nachher mit 3 proc. Perhydrollösung ausgespült. Der Erfolg ist ein guter.

Für explorative Zwecke bei latenten Siebbeinherden hat Verf. eine scharfe Dornzange construirt. Auch diese hat er mit gutem Resultat benutzt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

31) E. N. **Maljutin** (Moskau). **Zur Casuistik der Stirnhöhlenentzündung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 363. 1907.*

2 Fälle von Stirnhöhleneiterung, die an der vorderen Stirnwand eiternde Fistel zeigten. Erst nach einjährigem Bestehen begaben sich die Patienten (russische Bauern) in ärztliche Behandlung. — Der erste Fall war complicirt durch einen wahrscheinlich angeborenen Defect der Hälfte der hinteren Wand der ziemlich weiten Stirnhöhle; derselbe war 2 cm lang, 1 cm breit, oval mit glatten, abgerundeten Rändern.

Dass im ersten Fall der Durchbruch an der vorderen Wand statthatte, ist event. durch einen vor 20 Jahren stattgefundenen luetischen Process zu erklären, der dort zu einer Periostitis geführt hatte. Höchst sonderbar aber ist es, dass sich der Eiter im 2. Falle nicht den bequemeren Weg durch die mehr nachgiebige Wand bahnte. — In beiden Fällen Heilung durch Operation.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

32) **Passow** (Berlin). **Vorstellung von zwei Fällen von Empyem der Stirnhöhlen und Siebbeinzellen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 8. 1907.*

Killian'sche Operation wurde in beiden Fällen vorgenommen, von denen der eine an Meningitis starb, welche schon vor der Operation begonnen hatte. Infection der Meningen durch Venen der Lamina cribrosa. ALBANUS (ZARNIKO).

33) **E. Fletcher Ingals. Intranasale Drainage der Stirnhöhle. Ingal'sche und Halle'sche Operation. (Intranasal drainage of the frontal sinus. Ingals and Halles Operation.)** *The Laryngoscope. August 1907.*

Verf. kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Zahlreiche von mir und anderen ausgeführte Operationen zeigen, dass meine Operation, wie sie im Original beschrieben wurde, so sicher wie jede andere bisher beschriebene Operation ist.

2. Zahlreiche Fälle beweisen, dass die Drainage wirksam ist und dass das Goldröhrchen absolut davor schützt, dass der Kanal enger wird.

3. Die gemachten Einwände haben mich zu Modificationen geführt, die alle Gefahren einer Perforation der Tabula interna auszuschliessen scheinen.

4. Ich bezweifle, dass es vortheilhaft ist, eine sehr weite Oeffnung in der Stirnhöhle anzulegen, da es ausgiebig gezeigt worden ist, dass in fast allen Fällen Heilung eintritt, auch wenn der Kanal nur 6 mm im Durchmesser hat.

Verf. giebt eine ausführliche Beschreibung der Technik und des Instrumentariums.

EMIL MAYER.

34) **G. Ritter** (Berlin). **Eine neue Methode zur Erhaltung der vorderen Stirnhöhlenwand bei Radicaloperationen chronischer Stirnhöhleneiterungen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 32. 1906.*

Verf. empfiehlt, die erkrankte Stirnhöhle princiell zunächst von der Orbita aus zu eröffnen. Nachdem man sich durch Anlegung einer kleinen Lücke über die Grösse der Höhle und die Beschaffenheit ihrer Auskleidung orientirt hat, folgt Herstellung einer weiten Communication nach der Nasenhöhle durch Beseitigung der frontalen Siebbeinzellen, gleichgültig, ob diese krank oder gesund sind. Hierzu

Resection des Proc. frontalis ossis maxillaris nach Killian. Stellt sich heraus, dass die Höhle zu gross ist, um von der Orbita her, auch nach Resection des ganzen Orbitalbodens, sicher ausgekratzt werden zu können, so legt Verf. am oberen Pole nach Spaltung der Stirnhaut eine Gegenöffnung an, von der aus er mit abgebogenen scharfen Löffeln die Auskratzung bewerkstelligt. Jodoformgazestreifen. Primärnaht. Bei der Nachbehandlung wird sorgsam auf Erhaltung der weiten Communication nach der Nasenhöhle hin geachtet. In den beiden vom Verf. auf die skizzirte Art operirten Fällen war das kosmetische Resultat vorzüglich.

In der Discussion über diesen in der Berliner otologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag (Deutsche med. Wochenschr. 1906, Vereinsbeil. No. 12) theilten Heine und Passow Todesfälle mit, die nach der Killian'schen Operation eingetreten waren, sprachen sich Hartmann und besonders Schoetz dahin aus, man solle die exspectative, conservative Behandlung (Freilegung der Stirnbucht, Politzerverfahren, Ausspülungen) auch bei Exacerbationen chronischer Stirnhöhleneiterungen nicht verachten.

ZARNIKO.

35) N. Cousson. **Ueber die Radicalbehandlung chronischer Stirnhöhlenempyeme. (De la cure radicale des sinusites frontales chroniques.)** *Thèse de Paris. 1907.*

Ist die eitrige Absonderung mässigen Grades, sind keine Schmerzen vorhanden, entleert sich die Höhle von alleine, so ist es nur nöthig, den Kranken zu überwachen. Anderenfalls hat man die Wahl zwischen den verschiedenen Operationsmethoden, die ganz von der Besonderheit des Falles abhängig gemacht werden muss.

A. CARTAZ.

36) R. H. Good. **Eine einfache und sichere Stirnhöhlenoperation auf dem intranasalen Wege. (A simple and safe operation on the frontal sinus by the intra-nasal route.)** *Journal of the American Medical Association. 31. August 1907.*

Nach Application von Cocain und Adrenalin wird die mittlere Muschel abgetragen und der Processus uncinatus entfernt. Es wird dann durch einen Stirnhöhlenkatheter, an dem eine Spritze angebracht ist, etwas Cocain mil Adrenalin in die Höhle gespritzt. Es wird jetzt eines der Schutzstücke, von denen Verf. in seinem Instrumentarium drei von verschiedener Grösse hat, in die Stirnhöhle eingeführt, und zwar das breiteste, das Platz hat. Dann wird mit einem Meissel ein Theil des Processus frontalis, ein Theil der Spina frontalis des Stirnbeins und die vordere mediale Wand des Siebbeinlabyrinthes durchgemeisselt und mit Zangen oder Curetten entfernt. Verf. setzt auseinander, dass durch das Schutzstück es unmöglich gemacht wird, die Tabula interna zu verletzen. Nach Entfernung der vorderen Siebbeinzellen wird eine Art Raspel in die Höhle eingeführt und die Spina frontalis fortgeraspelt, ebenso wie frontale Siebbeinzellen, falls solche vorhanden sind.

Verf. meint, dass mit dieser Operation eine grosse Anzahl von Fällen geheilt werden kann, ohne dass man zu einer Operation von aussen seine Zuflucht zu nehmen braucht.

EMIL MAYER.

37) **M. Hajek** (Wien). **Meine Erfahrungen mit der Trepanation und mit den Radicaloperationen der Stirnhöhle.** (Festnummer anlässlich der I. internat. Laryngo-Rhinol.-Congresses.) *Wiener med. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Bericht über seine in dem Zeitraum von 1899—1908 gesammelten Erfahrungen bei 47 Operationen wegen Stirnhöhlenempyem, und zwar 1. über die einfache Trepanation, 2. über das Ergebniss der radicalen Operationsmethoden (Kuhnt, osteoplastische Resection, Riedel, Killian und Killian modific. Hajek). Ueber den definitiven Heilerfolg bei den letzten 10 nach Killian und Killian-Hajek operirten Fällen wird erst nach 1—2 Jahren berichtet werden können. Er hatte keinen Todesfall. Nach Ablösung der Trochlea traten nach seiner eigenen sowie anderer Autoren Erfahrung keine dauernden Sehstörungen ein. Die Killian'sche Operation hat nur den einen Nachtheil der schwierigen Technik und der langen Operationsdauer. HANSZEL.

38) **O. Kahler. Zur Frage der Genese der Cholesteatome der Nebenhöhlen.** (Aus der k. k. Universitätsklinik für Kehlkopf- u. Nasenkranke in Wien des Hofrath O. Chiari.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinol.-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Beschreibung eines Falles von Stirnhöhlencholesteatoms primärer, epidermoidaler Herkunft. HANSZEL.

39) **E. Kirchhoff. Ein Fall von Osteom der Stirnhöhle als Beitrag zur Röntgendiagnose der Stirnhöhlengeschwülste.** *Dissert. Bonn 1907.*

Die Diagnose auf Osteom der Stirnhöhle wurde durch die Röntgenaufnahme gesichert. Der Tumor füllte bei dem 31jährigen Mann die beiden Stirnhöhlen aus und zeigte einen Fortsatz nach der Nasenhöhle zu. Operation. Heilung.

Die sehr starke Depression der Stirn wurde durch Einlegen von drei der 5., 6. und 7. rechten Rippe entnommenen Knorpelspangen in Verbindung mit einem von der gleichen Incision aus gewonnenen Stück Fettgewebe beseitigt. Kosmetischer Effect 3 Monat nach der Operation sehr gut. OPPIKOFER.

40) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Osteom der Stirnhöhle.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 15. Vereinsbeilage.*

24jähriger Landmann bemerkt Kleinerwerden und Herabsinken des linken Augapfels, im weiteren Verlauf Schmerzen. Verdacht auf Sarkom wird durch die Operation nicht bestätigt, vielmehr ein Osteom freigelegt. ZARNIKO.

41) **Steppetat** (Kreuznach). **Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper in der Stirnhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 519. 1907.*

Nach Zusammenstellung der Literatur führt Verf. einen eigenen Fall an. Vor 4 Jahren Verletzung der Stirn durch Tassenscherben, die der Patientin an den Kopf geschleudert wurden. Nach Reinigung der Wunde Wohlbefinden, bis jetzt Eiterung auftrat. Bei Reinigung der Abscesshöhle zeigten sich noch Scherben in der Stirnhöhle. Wegen andauernder hochgradiger Kopfschmerzen musste die doppelseitige Radicaloperation der Stirnhöhle nach Killian vorgenommen werden,

wobei noch Eiterung der Siebbeinzellen festgestellt wurde. Eiterung der Nase hatte nie bestanden. Nach der Operation blieb Patientin völlig beschwerdefrei.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

42) **H. Burger** (Amsterdam). **Orbitalabscess infolge von Nebenhöhlenentzündung. (Oogkabsabsces door neusbijholte - ontsteking.)** *Nederl. Tijdschr. v Geneesk. II. No. 8. 1908.*

Ein Fall von retrobulbärer Eiterung der linken Augenhöhle infolge von acuter, fötider Eiterung im Siebbein und in der Kieferhöhle. Incision des Orbitalabscesses; Eröffnung der Kieferhöhle in der Fossa canina und von da aus auch des Siebbeins. Vollständige Heilung.

H. BURGER.

43) **Burton Chance. Ein Fall von Nebenhöhlenerkrankung mit Symptomen eines knöchernen Orbitaltumors. (A case of accessory sinus disease with the symptoms of an osseous tumor of the orbit.)** *N. Y. Medical Journal. 14. März 1908.*

Der Fall von Siebbeinempyem betraf einen 14jährigen Knaben und ist interessant wegen der Frage der Diagnose. Es bestand kein Ausfluss aus der Nase, der Tumor war sehr hart und schmerzlos. Diese Erscheinungen wurden dadurch erklärt, dass der Knochen vorgedrängt war und dass die Schwellung in Wirklichkeit hinter ihm lag.

LEFFERTS.

44) **W. Uffenorde** (Göttingen). **Die Chondrome der Nasenhöhle und Mittheilung eines Falles von Enchondrom des Siebbeins mit allgemeiner Besprechung der Operationsmethoden für die Nasennebenhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 255. 1907.*

Verf. giebt eine ausführliche Besprechung und Literaturangabe der Chondrome und der Operationsmethoden der Nase und Nebenhöhlen. Die Arbeit ist eine Ergänzung seiner „Erkrankungen des Siebbeins" (Gustav Fischer, Jena 1907), wo er die Chondrome nur wenig berücksichtigt hat. Auf die einzelnen Operationsmethoden kann hier nicht näher eingegangen werden, dieselben sind im Original nachzulesen. Die vom Verf. veränderte Moure'sche Methode ist ausgezeichnet geeignet für die Entfernung von Siebbeintumoren und anderen, z. B. tuberculösen Erkrankungen derselben, auch wenn sie alle benachbarten Theile ergriffen haben. Für die Fälle, wo hauptsächlich die untere laterale Nasenhöhlenwand ergriffen ist, wird die Denker'sche Methode zu empfehlen sein. Für die Operation der Stirnhöhleneiterung, sowoit sie nicht auf endonasalem Wege zur Heilung kommt, und die der Siebbeinzelleneiterung, die mehr oder weniger stets gleichzeitig besteht, wird in erster Linie die Killian'sche Methode in Frage kommen. Sie wird am besten den Erfolg garantiren, wenn natürlich auch nicht jeder Fall zur Ausheilung kommt.

Bei der Kieferhöhleneiterung, die einfach intranasal nicht ausheilt, giebt Verf. der Luc-Caldwell'schen Methode vor den übrigen den Vorzug, und zwar mit sorgfältiger vollkommener Entfernung aller Schleimhaut und Verzicht auf primäre Naht.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

45) **C. L. van Steeden** (Soerabaia, Java). **Entfernung eines Projectils aus den Siebbeinzellen auf intranasalem Wege. (Verwijdering van een projectiel uit de cellulae ethmoidales langs intranasalen weg.)** *Geneesk. Tijdschr. v. Nederl. Indië. XLVII. p. 511.*

Büchsenschuss am Nasenrücken am 25. April 1906. Patient wurde am 30. Juli 1906 untersucht. Es bestanden heftige Kopfschmerzen rechts mit Schwindelgefühl, rechtsseitiger Nasenverstopfung und fötidem Nasenausfluss rechts. In der rechten Nasenseite Schwellung der unteren Muschel, Verdrängung der mittleren Muschel durch eine allmählich wachsende Bulla ethmoidalis, Eiter im mittleren Nasengang. Die am 14. August vorgenommene Operation bestand merkwürdigerweise in einer partiellen Abtragung der unteren Nasenmuschel. Weiter Nasendouchen und Pulvereinblasungen bis November. Endlich Januar 1907 Eröffnung der Bulla ethmoidalis mittelst Meissels und Grünwald'scher Zange und Extraction der Kugel. Heilung.

H. BURGER.

c. Mundrachenhöhle.

46) **W. Neumann. Die Behandlung der Stomatitis mercurialis mit Wasserstoffsuperoxyd.** *Dissert. Rostock 1907.*

Alle Eigenschaften des Wasserstoffsuperoxyds sowie seine Verwendung werden eingehend besprochen. Die günstige Wirkung auf die Quecksilberstomatitis schildert N. an der Hand einer Reihe von Krankengeschichten. Mercurielle Stomatitiden heilen rasch und schonend unter Spülungen und Pinselungen mit gewöhnlichem Wasserstoffsuperoxyd in 2—10proc. Lösung. Das viel theurere, reine Merck'sche Präparat leistet bei der Behandlung dieser Entzündungen nicht mehr.

Auch zur prophylaktischen Pflege des Mundes während der Quecksilbercuren ist das gewöhnliche Wasserstoffsuperoxyd sehr zu empfehlen.

OPPIKOFER.

47) **Sklarek** (Berlin). **Ueber die Aetiologie der Stomatitis mercurialis und deren Therapie mittels Formamint.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 49. 1907.*

Zur Entstehung der mercuriellen Stomatitis gehört das Zusammenwirken des Hg-Einflusses und des Einflusses von Mikroorganismen auf das Gewebe der Mundschleimhaut. Deshalb wird bei einer Hg-Cur auf Verminderung der Bakterienflora durch antiseptische Spülungen Werth gelegt. Formaminttabletten erreichten dasselbe Resultat wie früher die Kalichloricumpasten bei 50 Patienten des Autors, eine Stomatitis zu verhüten; nur zweimal eine ganz leichte Stomatitis. Ihre Anwendung ist bequemer, sie regen auch die Salivation an als unterstützendes Moment. Sie sind nicht giftig.

ALBANUS (ZARNIKO).

48) **Walliczek** (Breslau). **Ueber Hyperostose des Oberkiefers.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 28. 1907.*

Im Laufe von 6 Jahren sind bei einem 27jährigen Arbeiter knöcherne Anschwellungen erst unter dem rechten Augenwinkel und neben der rechten Nasenseite, dann auch neben der linken Nasenseite aufgetreten, dergestalt, dass die inneren Augenwinkel 4 cm auseinander standen. Die Knochenwucherung ist

wobei noch Eiterung der Siebbeinzellen festgestellt wurde. Eiterung der Nase hatte nie bestanden. Nach der Operation blieb Patientin völlig beschwerdefrei.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

42) **H. Burger** (Amsterdam). **Orbitalabscess infolge von Nebenhöhlenentzündung. (Oogkabsabsces door neusbijholte - ontsteking.)** *Nederl. Tijdschr. v Geneesk. II. No. 8. 1908.*

Ein Fall von retrobulbärer Eiterung der linken Augenhöhle infolge von acuter, fötider Eiterung im Siebbein und in der Kieferhöhle. Incision des Orbitalabscesses; Eröffnung der Kieferhöhle in der Fossa canina und von da aus auch des Siebbeins. Vollständige Heilung.

H. BURGER.

43) **Burton Chance. Ein Fall von Nebenhöhlenerkrankung mit Symptomen eines knöchernen Orbitaltumors. (A case of accessory sinus disease with the symptoms of an osseous tumor of the orbit.)** *N. Y. Medical Journal. 14. März 1908.*

Der Fall von Siebbeinempyem betraf einen 14 jährigen Knaben und ist interessant wegen der Frage der Diagnose. Es bestand kein Ausfluss aus der Nase, der Tumor war sehr hart und schmerzlos. Diese Erscheinungen wurden dadurch erklärt, dass der Knochen vorgedrängt war und dass die Schwellung in Wirklichkeit hinter ihm lag.

LEFFERTS.

44) **W. Uffenorde** (Göttingen). **Die Chondrome der Nasenhöhle und Mittheilung eines Falles von Enchondrom des Siebbeins mit allgemeiner Besprechung der Operationsmethoden für die Nasennebenhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 255. 1907.*

Verf. giebt eine ausführliche Besprechung und Literaturangabe der Chondrome und der Operationsmethoden der Nase und Nebenhöhlen. Die Arbeit ist eine Ergänzung seiner „Erkrankungen des Siebbeins“ (Gustav Fischer, Jena 1907), wo er die Chondrome nur wenig berücksichtigt hat. Auf die einzelnen Operationsmethoden kann hier nicht näher eingegangen werden, dieselben sind im Original nachzulesen. Die vom Verf. veränderte Moure'sche Methode ist ausgezeichnet geeignet für die Entfernung von Siebbeintumoren und anderen, z. B. tuberculösen Erkrankungen derselben, auch wenn sie alle benachbarten Theile ergriffen haben. Für die Fälle, wo hauptsächlich die untere laterale Nasenhöhlenwand ergriffen ist, wird die Denker'sche Methode zu empfehlen sein. Für die Operation der Stirnhöhleneiterung, soweit sie nicht auf endonasalem Wege zur Heilung kommt, und die der Siebbeinzelleneiterung, die mehr oder weniger stets gleichzeitig besteht, wird in erster Linie die Killian'sche Methode in Frage kommen. Sie wird am besten den Erfolg garantiren, wenn natürlich auch nicht jeder Fall zur Ausheilung kommt.

Bei der Kieferhöhleneiterung, die einfach intranasal nicht ausheilt, giebt Verf. der Luc-Caldwell'schen Methode vor den übrigen den Vorzug, und zwar mit sorgfältiger vollkommener Entfernung aller Schleimhaut und Verzicht auf primäre Naht.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

45) **C. L. van Steeden** (Soerabaia, Java). **Entfernung eines Projectils aus den Siebbeinzellen auf intranasalem Wege. (Verwijdering van een projectiel uit de cellulae ethmoidales langs intranasalen weg.)** *Geneesk. Tijdschr. v. Nederl. Indië. XLVII. p. 511.*

Büchsenschuss am Nasenrücken am 25. April 1906. Patient wurde am 30. Juli 1906 untersucht. Es bestanden heftige Kopfschmerzen rechts mit Schwindelgefühl, rechtsseitiger Nasenverstopfung und fötidem Nasenausfluss rechts. In der rechten Nasenseite Schwellung der unteren Muschel, Verdrängung der mittleren Muschel durch eine allmählich wachsende Bulla ethmoidalis, Eiter im mittleren Nasengang. Die am 14. August vorgenommene Operation bestand merkwürdigerweise in einer partiellen Abtragung der unteren Nasenmuschel. Weiter Nasendouchen und Pulvereinblasungen bis November. Endlich Januar 1907 Eröffnung der Bulla ethmoidalis mittelst Meissels und Grünwald'scher Zange und Extraction der Kugel. Heilung.

H. BURGER.

c. Mundrachenhöhle.

46) **W. Neumann. Die Behandlung der Stomatitis mercurialis mit Wasserstoffsuperoxyd.** *Dissert. Rostock 1907.*

Alle Eigenschaften des Wasserstoffsuperoxyds sowie seine Verwendung werden eingehend besprochen. Die günstige Wirkung auf die Quecksilberstomatitis schildert N. an der Hand einer Reihe von Krankengeschichten. Mercurielle Stomatitiden heilen rasch und schonend unter Spülungen und Pinselungen mit gewöhnlichem Wasserstoffsuperoxyd in 2—10proc. Lösung. Das viel theurere, reine Merck'sche Präparat leistet bei der Behandlung dieser Entzündungen nicht mehr.

Auch zur prophylaktischen Pflege des Mundes während der Quecksilbercuren ist das gewöhnliche Wasserstoffsuperoxyd sehr zu empfehlen.

OPPIKOFER.

47) **Sklarek** (Berlin). **Ueber die Aetiologie der Stomatitis mercurialis und deren Therapie mittels Formamint.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 49. 1907.*

Zur Entstehung der mercuriellen Stomatitis gehört das Zusammenwirken des Hg-Einflusses und des Einflusses von Mikroorganismen auf das Gewebe der Mundschleimhaut. Deshalb wird bei einer Hg-Cur auf Verminderung der Bakterienflora durch antiseptische Spülungen Werth gelegt. Formaminttabletten erreichten dasselbe Resultat wie früher die Kalichloricumpasten bei 50 Patienten des Autors, eine Stomatitis zu verhüten; nur zweimal eine ganz leichte Stomatitis. Ihre Anwendung ist bequemer, sie regen auch die Salivation an als unterstützendes Moment. Sie sind nicht giftig.

ALBANUS (ZARNIKO).

48) **Walliczek** (Breslau). **Ueber Hyperostose des Oberkiefers.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 28. 1907.*

Im Laufe von 6 Jahren sind bei einem 27jährigen Arbeiter knöcherne Anschwellungen erst unter dem rechten Augenwinkel und neben der rechten Nasenseite, dann auch neben der linken Nasenseite aufgetreten, dergestalt, dass die inneren Augenwinkel 4 cm auseinander standen. Die Knochenwucherung ist

localisirt im Gebiet der Processus nasales der Oberkiefer und füllt die Fossa canina vollkommen aus. Die Nasenathmung ist links vollkommen, rechts fast ganz aufgehoben. Nasengänge und untere Muscheln sind verstrichen, nur links der mittlere Nasengang sondirbar. Postrhinoskopisch erscheinen Choanen, mittlere Nasenmuscheln und Gänge, sowie hintere Enden der unteren Muscheln normal, der untere Nasengang verlegt. Auffallend sind die vielen cariösen Wurzeln im Oberkiefer, deren Reiz der Autor als Ursache der Wucherung anschuldigt.

Operation: Nach Freilegung von aussen erweisen sich die Wülste als grauröthlicher, rauher Knochen, auffallender Weise von weicher Consistenz, so dass er mit dem scharfen Löffel in grösserer Menge entfernt werden kann. Dabei wird die rechte, sehr verkleinerte, aber secretfreie Kieferhöhle eröffnet. Im Naseninneren gelingt es links nur mit Bohrer, Meissel und Zange ein Nasenlumen in den hier völlig eburnisirten Hyperostosen, die keine Differenzirung mehr von unterer Muschel und Septum erlauben, zu schaffen. Die rechte Seite wird vorläufig in Ruhe gelassen.

Ueber die Hyperostose der Oberkiefer im Allgemeinen äussert sich der Autor folgendermaassen: 1. Die Hyperostose der Oberkiefer ist eine seltene, fast immer symmetrisch auftretende Krankheit. 2. Sie führt regelmässig zu einer mehr oder minder hochgradigen Verlegung der Nasenlumina und zur Behinderung der Nasenathmung. 3. Eine Verkleinerung resp. ein Schwund der Kieferhöhlen ist eine regelmässige Folge der Hyperostose. 4. Sie ist in der Mehrzahl der Fälle durch ein Trauma hervorgerufen oder auf ein solches zurückzuführen. 5. Ob auch andere Ursachen, wie Zahncaries, Lues, Tuberculose, acute Infectionskrankheiten etc. die Veranlassung dazu abgeben können, das ist bisher nicht festgestellt. Indess erscheint multiple Zahncaries in dem von mir beobachteten Falle die alleinige Ursache der Erkrankung zu sein. 6. Die Prognose ist in keinem Falle günstig zu stellen. 7. Die Therapie soll zunächst intern und abwartend sein. Eine energische Hg-Cur eventuell mit Jodkali combinirt, sollte in jedem Falle vor einem operativen Eingriffe versucht werden. 8. Die Operation selbst hat sich auf die Beseitigung der entstellenden Exostosen und eventuell auf die Freilegung des Naseninnern zu beschränken.

ALBANUS (ZARNIKO).

49) **H. Ahrens. Ueber luetische Nekrose am Alveolarfortsatz der Kiefer.** *Dissert. München 1906.*

Berücksichtigung der Literatur und Hinzufügen 6 weiterer Fälle. Mehrere Röntgenbilder.

OPPIKOFER.

50) **L. Durm. Beitrag zur Casuistik der Kiefercysten.** *Dissert. München 1907.*

6 Kiefercysten, von denen 4 auf den Unterkiefer und nur 2 auf den Oberkiefer sich localisirten. Die mikroskopische Untersuchung der Cystenwand wurde nicht ausgeführt.

OPPIKOFER.

51) **J. Aizner. Ueber eine cystische Geschwulst des Unterkiefers.** *Dissert. Berlin 1907.*

Die Wand der den grössten Theil des Unterkiefers einnehmenden Cyste be-

stand bei dem 17jährigen Patienten aus derbem Bindegewebe ohne epitheliale Auskleidung.

Es wurde die Resection des Unterkiefers vorgenommen; doch giebt Verfasser zu, dass vielleicht eine Abtragung der vordern Wand und Ausräumung der Höhle genügt hätte.

OPPIKOFER.

52) **J. Wollenberg. Beitrag zur Casuistik der Myxome der Kiefer.** *Dissert. Leipzig 1906.*

W. kennt 3 Fälle von Kiefermyxom in der Literatur und reiht diesen drei Beobachtungen eine vierte an: Rechtsseitiges Myxom des Oberkiefers bei 29jährigem Landwirth; Operation, Heilung. Der Ausgangspunkt des kleinorangegrossen Tumors war nicht mehr mit Bestimmtheit festzustellen. Genaue mikroskopische Untersuchung.

OPPIKOFER.

53) **Edward A. Willis. Primäre Tuberculose der oberen Luftwege und des Verdauungstracts nebst Bericht über zwei Fälle von primärer Tuberculose der Uvula. (Primary tuberculosis of the upper respiratory and alimentary tracts with reports of two cases of primary tuberculosis of uvula.)** *The Laryngoscope. August 1906.*

Verf. hat nur einen Fall selbst beobachtet. In diesem Fall gelang es trotz sorgfältigster Untersuchung nicht, irgendwo sonst im Organismus eine Spur von tuberculöser Erkrankung aufzufinden. Die Ulceration nahm den harten und weichen Gaumen ein. (Nach dem Eindruck, den man aus der Schilderung erhält, müsste der Fall eher als primärer Lupus des Pharynx bezeichnet werden. Ref.) Der zweite Fall war aus der Praxis von Braden Kyle.

EMIL MAYER.

54) **G. Knoblach. Ueber einen Fall von Tuberculose des Pharynx.** *Dissert. Erlangen 1906.*

Ausgedehnte ulceröse Tuberculose des Rachens, des weichen Gaumens, des Zungengrundes und des Kehldeckels bei 27jährigem Mann neben Tuberculose von Lungen und Darm.

OPPIKOFER.

55) **Letulle** (Paris). **Tuberculose des Pharynx. (Tuberculose du pharynx.)** *Presse médicale. No. 52. 27. Juni 1908.*

Verf. behauptet, dass die Pharynxtuberculose, die klinisch als ziemliche Seltenheit betrachtet wird, bei Patienten mit Visceraltuberculose recht häufig sei.

GONTIER DE LA ROCHE.

56) **A. Herzfeld** (New-York). **Leukoplakie und Carcinom.** *Dermatol. Centralbl. 7. 1908.*

In dem von Herzfeld mitgetheilten Falle war zweifellos das foudroyante Einsetzen des Carcinoms auf die wiederholten chirurgischen Eingriffe in dem durch die Leukoplakie veränderten Gewebe zurückzuführen.

SEIFERT.

57) **Landouzy** (Paris). **Semiologische Bedeutung der als sogenannte Raucherplaques bezeichneten Wangenleukoplasien. (Valeur séméiologique des Leucoplasies jugales dites „plaques des fumeurs".)** *Presse médicale. No. 52. 27. Juni 1908.*

Verf. schreibt den Raucherplaques eine grosse diagnostische Bedeutung bei, insofern sie seiner Ansicht nach nur bei Syphilitischen vorkommen.

GONTIER DE LA ROCHE.

58) **J. Philip Kanoky. Syphilitische Schleimhautflecken im Halse. (Syphilitic mucous patches on the throat.)** *Journal American Medical Association. 6. Juni 1908.*

Man wische die erkrankten Schleimhautpartien zuerst mit trockner Watte ab und befeuchte sie dann gründlich mit officineller Jodtinctur. Unmittelbar darauf applicire man mittels eines Wattetupfers 2—3proc. wässerige Sublimatlösung. Der Patient muss gewarnt werden, zu dieser Zeit seinen Speichel herunterzuschlucken, nach 5 Minuten spüle er seinen Mund mit Wasser aus. K. findet, dass 2—3malige Behandlung die Flecken zum Verschwinden bringt.

EMIL MAYER.

59) **J. Hellwig. Ueber den syphilitischen Primäraffect der Tonsille.** *Dissert. Berlin 1907.*

Der Primäraffect der Gaumenmandel ist viel häufiger als gewöhnlich angenommen wird. An der Klinik für Hautkrankheiten der Charité (Prof. Lesser) wurden während der Jahre 1900—1905 101 extragenitale Primäraffecte beobachtet. 22 derselben localisirten sich auf die Tonsille (21,7 pCt.).

Die rechte Mandel war 10mal, die linke 7mal Sitz des Primäraffectes; in 3 Fällen war er doppelseitig. 2mal wurden contemporäre Primäraffecte beobachtet. 9mal war das männliche und in 13 Fällen das weibliche Geschlecht betroffen.

Die 22 Krankengeschichten sind in ihren wesentlichen Punkten wiedergegeben.

OPPIKOFER.

60) **Garel** (Lyon). **Ueber langdauernde Schluckschmerzen als diagnostisches Zeichen für Rachensyphilis. (De la dysphagie douloureuse prolongée comme signe revelateur de la syphilis de la gorge.)** *Le Laryngoscope. No. 11. April 1908.*

Verf. betont die grosse diagnostische Bedeutung des Schluckschmerzes. In jedem Fall von Affection des Pharynx, in dem seit mindestens drei Wochen ununterbrochen Schmerzen beim Leerschlucken oder beim Essen bestehen, müsse man vermuthen, dass eine syphilitische Erkrankung vorliege. Verf. äussert sein Erstaunen, dass dieses Symptom so oft vernachlässigt werde. Dieses Symptom finde sich in jeder Periode der Syphilis. Verf. macht darauf aufmerksam, dass im Fall eines Zweifels zwischen Tuberculose und Syphilis der mikroskopische Befund von Riesenzellen allein nichts beweise, da diese sich auch in den syphilitisch erkrankten Partien fänden.

GONTIER DE LA ROCHE.



61) **H. Marschik. Das kleingummöse Syphilid des Rachens.** (Aus der k. k. Universitätsklinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten in Wien des Hofrath O. Chiari.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinol.-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Vorführung dreier Fälle jener eigenartigen tertiären Luesform, die sich vorzugsweise in einer diffusen, oberflächlichen Infiltration mit geringer Neigung zu tiefer Ulceration, vor allem aber in der Bildung zahlreicher kleiner warziger Excrescenzen äussert. Chronisch torpider Verlauf. Bei dieser schwierig zu deutenden Affection ist die Serumdiagnose von ganz besonderer Wichtigkeit.

HANSZEL.

62) **L. Duncan Buckley. Syphilis der Mundhöhle. (Syphilis of the month.)** *N. Y. Medical Record. 9. Mai 1908.*

Es giebt eine grosse Anzahl von Affectionen der Mundhöhle, die zu Verwechslungen mit Syphilis Anlass geben könuen, so Ekzeme an den Lippen ebenso wie Lupus erythematodes, Raucherleukoplakie. Verf. hält den Primäraffect der Tonsille für häufiger, als man glaubt; er hat vor einigen Jahren über 15 zweifellose solche Fälle berichtet und seitdem noch mehrere gesehen.

LEFFERTS.

63) **A. Calas. Die peripharyngealen Abscesse. (Les abscès péripharyngiens.)** *Dissert. Montpellier 1906.*

Nach anatomischen Vorbemerkungen bespricht C. unter Beifügen von Krankengeschichten Symptomatologie, Diagnose und Behandlung der im Bereich des Pharynx vorkommenden Abscesse.

OPPIKOFER.

64) **Litthauer** (Berlin). **Ueber retropharyngeale Geschwülste.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 10. 1907.*

Der Begriff der retropharyngealen Geschwülste erfordert, dass sie hinter dem Pharynx und seinen sämmtlichen Muskelfasern vor der Wirbelsäule sitzen. Uebersicht über die Litteratur der seltenen Erkrankungen.

Eigene Fälle: 1. 40jähriger Mann. Taubeneigrosse, knorpelharte Geschwulst an der hinteren Rachenwand, der Halswirbelsäule fest aufsitzend. Nach 4wöchentlichem Jodkaligebrauch verschwunden. 2. 34jährige Frau. Nach mehreren Jahren von der linken Seite der hinteren Rachenwand ein $9 : 6^1/_2 : 5$ cm grosser, auf der Unterlage verschieblicher Tumor entstanden, der den Schluckact sehr beeinträchtigt; starke Abmagerung. Auch erschwerte stridoröse Athmung. Operation. Durch Schnitt von aussen, parallel dem linken Unterkiefer, lässt sich die Geschwulst — ein Fibrosarkom — gut entfernen. Gleichzeitig bestand durch den Druck des Tumors eine Lähmung des Sympathicus, die sich durch Parese des Gaumensegels, Verengerung der linken Pupille und Lidspalte, sowie Zurückgesunkensein des Bulbus kundgab.

ALBANUS (ZARNIKO).

65) **A. Moty. Beitrag zum Studium des lateropharyngealen Abscesses beim Kinde. (Contribution à l'étude de l'abcès latéro-pharyngien chez l'enfant.)** *Thèse de Paris. 1907.*

Verf. unterscheidet 1. die vor dem Processus styloideus gelegenen Abscesse,

die mit Unrecht peritonsilläre genannt werden und oft in Folge einer Infection der Mandel entstehen. Sie sind bei Kindern unter einem Jahr extrem selten. 2. Die hinter dem Processus styloideus gelegenen Abscesse, die meist mit den retropharyngealen Abscessen zusammengeworfen werden; es sind dies Adenophlegmonen, die von einer Infection einer benachbarten Schleimhaut (Nase, Mittelohr) herrühren. Es ist selten, dass sie sich spontan öffnen; wenn man nicht schwere Complicationen entstehen sehen will, darf man mit der Operation nicht zu lange zögern.

A. CARTAZ.

66) **Moty** und **Delporte. Lateropharyngealer Abscess, wiederholte Hämorrhagien; Unterbindung der Carotis communis; Heilung. (Abcès latéropharyngien; hémorrhagies répétées; ligature de la carotide primitive; guérison.)** *Arch de méd. militaire. September 1907.*

Pat., ein Soldat, wurde am 12. Januar 1907 mit den Erscheinungen einer Tonsillenphlegmone in das Hospital aufgenommen. Die Erscheinungen gingen zurück; jedoch trat zwei Tage darauf von Neuem eine Anschwellung auf, die das Bild eines lateropharyngealen Abscesses darbot. In der Nacht vom 19. Januar wurde sanguinolenter Schleim expectorirt, zwei Stunden darauf eine neue Blutung. Die Pharynxwand wurde durch einen blaurothen Tumor, ein submucöses Hämatom, vorgewölbt. Da die Blutungen wiederkehrten, so wurde die Carotis communis der betreffenden Seite unterbunden. Es zeigten sich keine cerebralen Störungen, ausser einer leichten Ptosis des linken Lids. Das Hämatom verschwand allmählich; Pat. wurde geheilt.

Verff. meinen, es wäre im Verlauf des Abscesses zu einer Arrosion der Carotis gekommen.

A. CARTAZ.

67) **Francesco Cima. Der Retropharyngealabscess der Kinder. (L'ascesso retrofaringeo dei bambini.)** *La Pediatria. Juli 1907.*

Verf. berichtet über vier Fälle, er bespricht besonders die Schwierigkeiten der Diagnose, die um so grösser sind, je kleiner das Kind. In dem einen der mitgetheilten Fälle waren die Symptome so dunkel, dass Verf. zuerst Seruminjectionen machte, weil er glaubte, es handle sich um Diphtherie. In dem einen der vier Fälle hatte die Impfung an Meerschweinchen mit dem aus dem Abscess entleerten Eiter allgemeine Tuberculose zu Folge.

FINDER.

68) **D. C. L. Fitzwilliams. Eiterung der Rachenregion. (Suppuration in the region of the pharynx.)** *N. Y. Medical Journal. 4. Januar 1907.*

Verf. analysirt 75 bei Kindern beobachtete Fälle, die er in folgende Gruppen eintheilt: 1. Eiterung in der Tonsille oder ihrer Umgebung. 2. Retropharyngealabscess. Der Abscess liegt nach aussen von der Pharynxwand zwischen der oropharyngealen Aponeurose und der praevertebralen Schicht der tiefen Halsfascie. 3. Postadenoide Eiterung, die zwischen dem lymphatischen Gewebe in der Schleimhaut und der Pharynxaponeurose sich befindet. 4. Eiterung oder Verkäsung in den tiefen Halsdrüsen, die sich noch auf die seitliche Pharynxwand ausbreitet. 5. Kalter Abscess in Folge Wirbelcaries, der hinter der prävertebralen Schicht der tiefen Halsfascie liegt.

In allen Fällen ist die Eröffnung des Abscesses von innen wünschenswerth. Vorsichtige Anwendung eines allgemeinen Narkoticums ist angebracht ausser bei ganz kleinen Kindern und bei Dyspnoe.

LEFFERTS.

d. Diphtherie und Croup.

69) **J. M. Knaap** und **W. Schüffner** (Medan). **Zwei Fälle von echter Diphtheritis in Medan. (Twee gevallen van echte diphtheritis in Medan.)** *Geneesk. Tijdschr. v. Nederl. Indië. XLVI. Lief. 6. 1907.*

Zwei Fälle von Rachendiphtherie mit secundären Lähmungen; in dem einen Falle mit positivem Ergebniss der in vollem Umfange ausgeführten bakteriologischen Untersuchung.

Die Frage nach der Häufigkeit des Vorkommens von Diphtherie in Niederländisch Indien ist noch eine offene. Es besteht ein auffallendes Missverhältniss zwischen den häufigen klinischen und den nur ganz vereinzelten bakteriologischen Diagnosen. Jedenfalls kommt die Krankheit dort niemals epidemisch vor.

H. BURGER.

70) **H. Vervoort** (Amsterdam). **Bacillenträger bei Diphtherie. (Bacillendragers bij diphtherie.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 12. 1908.*

71) **W. Posthumus Meyjes** (Amsterdam). **Die Bedeutung und die Infectiosität von latenten Diphtherieformen. (De beteekenis en de besmettelykheid van latente vormen van diphtherie.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 12. 1908.*

Beide Arbeiten beschäftigen sich mit einer Schulepidemie von Diphtherie. Unter den Schülern und den Hausgenossen von Schülern einer Privatschule in Amsterdam kamen mehrere zum Theil sehr ernster, ein Paar sogar tödtlich endender Diphtheriefälle vor, welche sich nach zeitlicher Ausweisung der Geschwister inficirter Kinder, sogar nach vollständiger Schliessung und Desinfection des Schulgebäudes wieder von Neuem zeigten. Es wurde dann von Vervoort eine bakteriologische Untersuchung der Lehrer, der geheilten Kinder und deren Hausgenossen und sämmtlicher Kinder der Fröbelabtheilung, im Ganzen 97 Personen, vorgenommen. Das Resultat war, dass sich unter den geheilten 10 Kindern 2, unter deren gesunden 17 Hausgenossen 2, unter den gesunden 70 Kindern und Lehrern ebenfalls 2, im Ganzen also 6 Bacillenträger befanden. Zwei gesund gebliebene Bacillenträger hatten trotz energischer Desinfectionsversuche während 60 Tagen noch immer Diphtheriebacillen im Halse.

Vervoort befürwortet die bakteriologische Untersuchung aller geheilten Diphtheriepatienten in den Krankenhäusern, wo ja wohl immer geschulte bakteriologische Hülfe vorhanden ist. Meyjes plädirt für obligatorische Untersuchung geheilter Diphtheriefälle.

H. BURGER.

72) **Büllmann** (Herbrechtingen). **Die locale Behandlung der Löfflerdiphtherie mit Collargol und Bemerkungen über Pyocyanasebehandlung.** *Med. Klinik. 39. 1908.*

Die Anwendung der 5 proc. Collargollösung ist auf nichtdiphtherische Be-

läge zu beschränken, die Lösung selbst aus der localen Therapie der Löfflertherapie auszuscheiden. Die Erfahrungen über Pyocyanasebehandlung sind noch zu spärlich, um ein endgültiges Urtheil über deren Werth abzugeben, berechtigen aber doch zu weiteren Fortsetzungen der therapeutischen Versuche. SEIFERT.

73) **Vivaldi. Die Localbehandlung bei diphtherischen Infectionen der ersten Luftwege. (La cura locale nelle infezioni difteriche delle prime vie aeree.)** *Gazetta degli ospedali. 13. September 1908.*

Eine ausgezeichnete Wirkung, die auf seinem opsonischen Vermögen beruht, hat das bivalente Bandi'sche Serum. Applicationen wässriger oder alkoholischer Lösungen von Sublimat, Carbolsäure oder Lysoform sind, weil coagulirend und irritirend, nicht zu empfehlen; ausserdem stellen sie eine Gefahr für die Niere dar; dagegen ist Wasserstoffsuperoxyd ein ausgezeichnetes Mittel zur localen Application. FINDER

74) **Alexander W. Blain. Urticaria nach der zweiten Anwendung von Diphtherie-Antitoxin. (Urticaria following the second administration of diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 6. Juni 1908.*

Man soll mit der zweiten Darreichung von Antitoxin sehr vorsichtig sein, wie lange Zeit es auch seit der ersten Anwendung her sein möge und wenn eine Person, die bereits einmal Antitoxin erhalten hat, der Diphtherieinfection ausgesetzt ist, so soll man, wenn die Möglichkeit einer Ueberwachung vorhanden ist, lieber warten, bis Erscheinungen von Diphtherie bei ihr auftreten. Bei Personen, denen eine immunisirende Antitoxindosis verabfolgt worden ist und die später an Diphtherie erkranken, soll man die Dosis jedenfalls nicht zu hoch nehmen. LEFFERTS.

75) **Martin. Mortalitätsursachen bei Diphtherie trotz der Anwendung von Antitoxin. (Causes of mortality in diphtheria despite the use of antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 1. August 1908.*

M. hat seine Beobachtungen am Material des Hôpital Pasteur gemacht; die Zahl der Fälle betrug von 1900—1908 im Ganzen 853. Von diesen Patienten starben 83, davon 28 innerhalb 24 Stunden nach der Einlieferung, so dass das Serum nicht mehr seine Wirkung entfalten konnte. Die Mortalität betrug 9,73 pCt., jedoch kommt, wie wir sehen, der dritte Theil auf solche Fälle, die zu spät eingeliefert wurden. Bei den übrigen Todesfällen, die Kinder unter zwei Jahren betrafen, erfolgte bei einem Theil der Ausgang in Folge Kehlkopfcomplicationen, die die Intubation nöthig machten und oft eine Bronchopneumonie zur Folge hatten. Bei älteren Leuten und Erwachsenen trat bisweilen der Tod in Folge von Mischinfection ein. In anderen Fällen hatte zwar das Serum eine locale Heilung zu folge; die resorbirten Toxine hatten jedoch die Function der Nieren, der Leber und Nebennieren so geschädigt, dass der Tod in Folge Intoxication eintrat. Das einzige Mittel in diesen Fällen ist die Injection grosser Serumdosen, sobald ungünstige Symptome auftreten.

Die Mortalität, das ist der Schluss, zu dem M. gelangt, kann dadurch reducirt werden, dass Serum frühzeitig injicirt wird und dass in den späteren Stadien der Erkrankung grosse Dosen zur Anwendung gelangen. LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

76) **N. J. Pook van Baggen** (Haag). **Der Stimmmissbrauch und dessen methodisch-hygienische Behandlung. (Hoe men de stem misbruikt en hare methodisch-hygiënische behandeling.)** *Haarlem 1908.*

Uebungsbüchlein für Sprachcurse. Die erläuternden physiologischen Erörterungen zeigen leider nicht immer, dass die physiologische Grundlage der Verfasserin (einer Sprachlehrerin) eine durchaus solide wäre.

H. BURGER.

77) **W. Nagel. Physiologie der Stimmwerkzeuge.** *Handbuch der Physiologie des Menschen. Bd. 4. 2. Hälfte. Braunschweig, Vieweg. 1907.*

Es muss als eine erfreuliche Thatsache hingestellt werden, dass einer unsrer führenden Physiologen, der Director des physiologischen Instituts in Rostock, Prof. Nagel, in dem von ihm herausgegebenen Handbuch der Physiologie selbst das Capitel der Physiologie der Stimmwerkzeuge nach den Ergebnissen der neueren Forschung behandelt. In dem ersten Abschnitt werden nacheinander besprochen der Aufbau des Stimmapparates im Allgemeinen, der Bau des Kehlkopfs, die Bewegungsmöglichkeiten am Kehlkopf, die bewegenden Kräfte im Kehlkopf, die Innervation des Kehlkopfs, die Beobachtung des Kehlkopfs im Leben. Das zweite grosse Capitel umfasst die Erzeugung der Stimmlaute, das dritte die akustische Analyse der Stimmlaute. In dem Capitel Bewegungsmöglichkeiten am Kehlkopf wird zum ersten Male in einem Lehrbuche der durch Stieda-Wik erweiterten Kenntniss des Crico-Arytaenoidgelenkes Rechnung getragen. Desgleichen der Verlauf der elastischen Fasern im Proc. vocalis anterior nach Katzenstein geschildert. Das Ineinandergreifen der Gesammtmusculatur im Gegensatz zu der Wirkung der einzelnen Kehlkopfmuskeln wird nebeneinander in dem Capitel über die bewegenden Kräfte am Kehlkopf genau besprochen. In dem Capitel über Innervation des Kehlkopfs behandelt Verf. besonders eingehend die Frage der Medianstellung der Stimmlippen in Folge von Posticuslähmung: in diesem Capitel wird die Untersuchung Katzenstein-du Bois-Reymond's, gegen die Kuttner Stellung genommen hatte, bestätigt: „Neuerdings haben du Bois-Reymond und Katzenstein in der Durchschneidung des Vagus unterhalb des Recurrensabganges ein Mittel gefunden, um nach vorheriger Abtragung des M. crico-arytaenoideus posticus anhaltende, fast völlige Medianstellung zu erzielen. Schon früher hatten sie die Durchschneidung der Lungenäste von deutlicher Einschränkung der respiratorischen Glottisveränderungen gefolgt gesehen. Wird nun diese Operation an die Ausschaltung des Posticus angeschlossen, so folgt auf das Semon'sche erste Stadium der Recurrenslähmung das zweite, wie es bisher experimentell nicht zu erreichen war. Nach der Ansicht der genannten Autoren, denen ich zustimme, ist in ihrem Operationserfolg derjenige Fall gegeben, der der Recurrenslähmung durch Geschwülste entspricht: die Fasern zum Posticus haben — das muss angenommen werden — zuerst gelitten, Lähmung des Posticus ist eingetreten, die Schädigung der Lungenfasern schädigt den inspiratorischen Erweiterertonus und die adduktorische Componente des Cricothyreoideus und Thyreoarytaenoideus mit ihrem ungeschädigten Tonus kommt (ohne dass eine secundäre Contractur an-

zunehmen wäre!) voll zur Geltung. Wo also, wie in den Semon'schen Fällen, von Kehlkopfmuskeln nur der Posticus allein gelähmt war und doch Medianstellung bestand, ist es nach diesem Befunde von du Bois-Reymond und Katzenstein wahrscheinlich, dass eine Schädigung der centripetalen Lungenfasern zugleich vorlag. Nicht ausgeschlossen ist natürlich, dass beim Menschen die Verhältnisse etwas anders liegen als beim Hund und dass deshalb auch andere centripetale Fasern, wenn sie gleichzeitig mit den Posticusfasern (oder nach diesen) geschädigt wurden, das Stimmband in Medianstellung bringen."

In dem Capitel Centralorgane der Kehlkopfinnervation ist die geschichtliche Entwickelung des Krause'schen Kehlkopfbewegungscentrums bis zur Gegenwart fortgeführt, dagegen werden das Niescentrum im Stirnlappen und vom Referenten gefundene Lautgebungscentrum im Gyrus centralis ant. noch nicht erwähnt.

In dem Capitel Erzeugung der Stimmlaute wird der Mechanismus der Stimmlippen beim Phoniren nach den grundlegenden Ewald' und Musehold'schen Arbeiten eingehend gewürdigt. Die Eintheilung der Stimmlaute beschränkt sich auf die Einordnung der in der Sprache wirklich verwendeten Laute, unter den Sprachlauten sind die der deutschen Sprache mit ihren üblichen Buchstabenbezeichnungen in den Vordergrund gestellt. In dem Capitel akustische Analyse werden die Vocaltheorien, die phonautographischen Untersuchungen, die künstliche Nachahmung, Reproduction und Alteration von Vocalklängen, sowie schliesslich der akustische Charakter der Consonanten besprochen.

Wenn auch der Verf. im Eingange seiner Abhandlung sagt, dass wer heute eine Phonetik im weitesten Sinne schreiben wollte, nicht nur umfassende physiologische und physikalische, sondern auch pathologisch-klinische, psychologische und nicht zum wenigsten philologische Kenntnisse haben müsste, wenn auch naturgemäss in dem vorliegenden Werk hauptsächlich physiologisch - physikalische Kenntnisse verwertet sind, so bildet diese zusammenfassende neue Darstellung des in Frage stehenden Gebietes neben den älteren, schon weil sie der modernen Litteratur in meisterhafter Weise gerecht wird, einen solchen Fortschritt, dass sie allen, die sich mit der Erforschung der Stimme und Sprache beschäftigen, unentbehrlich sein wird.

J. KATZENSTEIN.

78) **H. Gutzmann** (Berlin). **Ueber Stellung und Bewegung des Kehlkopfes bei normalen und pathologischen Sprechvorgängen. II. Theil.** *Beiträge zur Anatomie, Phys., Path. u. Ther. des Ohres, der Nase u. des Halses. Bd. I. S. 482. 1908.*

Der erste Theil der Arbeit wurde im Centralblatt, Juni 1908, Seite 321, bereits referirt. In dem vorliegenden zweiten Theil bespricht nun G. vorerst die functionellen und dann die organischen Stimm- und Sprachstörungen; in einem dritten Capitel werden die symptomatischen Sprachstörungen berücksichtigt.

Die Arbeit, die in Folge ihrer practischen Wichtigkeit im Original nachgelesen werden sollte, führt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Die Untersuchung auf Kehlkopfbewegung und -stellung soll bei stimm- und sprachgestörten Patienten vorwiegend durch die einfachen klinischen Methoden der Inspection und Palpation vorgenommen werden. Die graphische Darstellung

der Bewegungen soll stets nach der möglichst genauen optischen und taktilen Controle von Stellung und Bewegung des Kehlkopfes statthaben.

2. Wir finden bei allen Stimm- und Sprachstörungen, die als Ausfallserscheinungen anzusehen sind, nur sehr geringe, von der Norm nicht abweichende Bewegungen des Kehlkopfes, bei allen denjenigen Störungen aber, die als spastische Coordinationsstörungen anzusprechen sind, ausserordentlich starke Bewegungen.

3. Für die Uebungstherapie muss aus den mitgetheilten Ergebnissen der Schluss gezogen werden, dass die sorgsame Beobachtung des Kehlkopfstandes durch Auge und Hand in weitaus den meisten Fällen genügt, zum mindesten um grobe Abweichungen von dem normalen Verhalten des Kehlkopfes zu beseitigen.

OPPIKOFER.

79) **P. J. Mink. Die Glottis.** *Arch. f. d. ges. Physiol Bd. 23. S. 131.*

In der Arbeit wird eine durchaus subjective Darstellung der respiratorischen und phonetischen Thätigkeit des Kehlkopfes gegeben, die einer Nachprüfung dringend bedarf. — Die Zwerchfellbewegung hebt respiratorisch den Ringknorpel, spannt die Stimmlippen und bestimmt die Weite der Stimmritze. Der Gegenzug, nöthig zur Fixirung des Schildknorpels, wird geliefert durch die Sternothyreoidei. Die Verschiebung ist gebunden an das Gelenk zwischen Schild- und Ringknorpel, findet also ihre Grenzen in der Beweglichkeit dieser Verbindung. Die sich contrahirenden Mm. crico-thyreoidei fördern die Hebung des Ringes und die Senkung des Schildknorpels; sie sichern die Stellung der vorderen Ansatzpunkte der Stimmlippen.

Wenn beide Hälften des Larynx hinten durch die Cricothyreoidgelenke, vorn durch Muskelwirkung in ihrer Verschiebung gehemmt sind, machen sie weitere Bewegungen zusammen mit. Der Kehlkopf kann sich noch heben und senken, aber nur als Ganzes. Eine weitere Anspannung der Stimmlippen findet nicht mehr statt, weil ihre vorderen und hinteren Ansatzpunkte sich nicht mehr voneinander entfernen. Die Glottisstellung, die beim Anfang der Contraction der Crico-thyreoidei bestand, ändert sich nicht mehr in Folge der Respirationsbewegung. Die Mm. crico-thyreoidei fixiren die Glottis in der Cadaverstellung. — Die phonetische Function der Glottis hat selten Beziehung auf die Cadaverstellung. Als Regel hat man eine Stimmritze zu erwarten, die enger ist. Diese weitere Verengerung wird erwirkt durch willkürliche Weiterdrehung der Proc. vocales nach der Mittellinie und zwar durch die Mm. laterales. Die Annäherung der hinteren Theile der Proc. vocales wird bewirkt durch die Transversi in Zusammenhang mit dem Constrictor vestibuli, die die Spitzen der Aryknorpel aneinanderschmiegen.

Der M. crico-thyreoideus gilt als Depressor und wird verglichen mit dem Depressor der Nasenflügel, wie Verf. überhaupt die Thätigkeit der Nase und des Kehlkopfs in Vergleich setzt. — Der Beginn der Glottisöffnung wird erwirkt durch den Dilatator vestibuli, der den Arywinkel öffnet; der M. externus zieht die unteren Achsenpunkte auseinander. Der Posticus öffnet die Stimmlippen bis zur Cadaverstellung; der Posticus ist das Analogon des Nasenflübelhebers. In der Cadaverstellung wird die Stimmlippe durch den Crico-thyreoideus festgehalten, dessen Contraction nachlassen muss, bevor eine weitere Eröffnung möglich ist. Wenn

diese stattgefunden hat, ist die Einheit des Kehlkopfes aufgelöst, sodass wir wieder mit seinen beiden Hälften zu schaffen haben. Dieser Vorgang markirt das Ende der phonetischen, den Wiederanfang der respiratorischen Function. Man muss desshalb mit einer Hebung des Sternums rechnen; dabei muss der M. sterno-thyreoideus durch Annäherung seiner Ansatzpunkte erschlaffen. Dadurch bekommt der M. thyreo-hyoideus, der bei der vorangehenden Exspiration vielleicht etwas gedehnt war, Gelegenheit sich zu contrahiren. Lässt die Contraction der Crico-thyreoidei nach, so kann der Schildknorpel unter dem Einflusse des Thyreo-hyoideus nach oben gezogen werden. Der Ringknorpel folgt dieser Bewegung nicht, dagegen steht er unter der Herrschaft von Trachea und Lungen, die sich mit dem Zwerchfell senken; es ist also in der Inspirationsbewegung selbst eine doppelte Ursache enthalten für das Auseinanderrücken der beiden Kehlkopfhälften. — Die Mittelstellung der Glottis ist unabhängig von irgendwelcher Muskelwirkung des Kehlkopfes, sie wird ganz und gar bestimmt durch das gegenseitige Verhältniss der beiden Kehlkopfhälften. Nur die Mm. sterno-thyreoidei und thyreo-hyoidei verhalten sich gewissermaassen activ als Folge der Hebung und Senkung des Brustbeines. Sie müssen also zu den Respirationsmuskeln gerechnet werden. Bei der gewöhnlichen Respiration wird ihre Activität sich wohl beschränken auf eine kleine Schwankung des Tonus. — Eben die Unabhängigkeit der Muskelwirkung macht die Glottisstellung sehr labil. Automatisch kann diese sich sofort den Luftdruckschwankungen anpassen, ohne dass diese mit der relativ trägen Contraction und Erschlaffung von Muskeln zu schaffen hat. Diese leichte selbstständige Anpassung ist von so überwiegender Bedeutung für den Körper, dass die auf Muskelwirkung beruhende Phonation nur sehr nebensächlich heissen kann.

J. KATZENSTEIN.

80) **H. Gutzmann** (Berlin). **Stimme und Sprache ohne Kehlkopf.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. No. 2. 1908.*

Vortrag, gehalten auf dem I. Internat. rhino-laryngolog. Congress zu Wien, April 1908.

OPPIKOFER.

81) **Barth** (Berlin). **Ueber functionelle Stimmstörungen und ihre Behandlung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 34. 1907.*

Der Autor unterscheidet bei den functionellen Stimmstörungen:

I. Ein zu weites Klaffen der Stimmbänder. Meist Hysterie. Psychische Behandlung. Sprechenlassen bei Annäherung der Stimmlippen durch elektrischen Strom oder mechanischem Zusammendrücken des Kehlkopfs. In einem Falle Sprechversuche beim Inspirium.

II. Spastische Aphonie. Schluss der Stimmbänder zu fest. Neben Hysterie vielfach Neurasthenie als Ursache. Oft Athemstörung. Therapie: Gefühl der richtigen Phonation wiedergeben, durch Einüben der Flüsterstimme, ev. Anwendung der Autolaryngoskopie. In mehreren Fällen Heilung durch Einklemmen einer Sonde bei Glottisschluss.

III. Autosuggerirte Aphonie nach einer Laryngitis (Influenza). Kein vollkommener Schluss der Glottis. Therapie: Suggestion.

IV. Persistirende Fistelstimme. Nach Stimmbruch zu starkes Spannen der Stimmbänder. Therapie: in tiefer Lage sprechen lassen.

V. Mogiphonie (B. Fränkel) oder Phonasthenie. Ermüdung, Schmerzen nach Gebrauch der Stimme. Berufsredner. Durch Störungen der Athmung, Phonation oder Articulation. Therapie: Uebung in tiefer Tonlage. Wichtig ist, dass der Kehlkopf mit steigender Tonhöhe nicht steigt, sondern eher hinuntergeht. Von Wichtigkeit ferner Abflachung des Zungengrundes, ungestörte Nasenresonanz.

In der Discussion (Berl. kl. W. 1907, No. 19) erwähnt Gutzmann, dass der durchschnittliche Stimmumfang eines erwachsenen Mannes bei gewöhnlicher Sprache etwa von A bis e reicht. In der Erregung steigt die Tonhöhe.

Erwähnung des Fehlers des geräuschvollen Einathmens beim Sprechen, wobei die Glottis statt in fünfseitiger Form mit aneinander gedrückten Aryknorpeln (wie beim Flüstern mit Exspiration) steht.

Katzenstein bemerkt, dass beim Forte-Ton und Schwellton, falls keine Steigerung der Tonhöhe durch den Luftdruck eintreten soll, eine Muskelentspannung eintreten muss; anderenfalls kommen Zerrungen von Muskeln und Nerven zustande, die zu einer Neuritis des Recurrens und Laryngeus superior führen können. Schmerzpunkt zwischen Brustbein und Sternocleidomastoideusansatz. Hier ist Ruhe, Behandlung der Neuritis, später Angewöhnen eines leichten Toneinsatzes nöthig.

ALBANUS (ZARNIKO).

82) **H. Gutzmann** (Berlin). **Grundzüge der Behandlung nervöser Sprachstörungen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 16. 1906.*

Aus dem Vortrage sei hervorgehoben, dass nach den Beobachtungen des Verfassers auch Veränderungen in Nase und Kehlkopf nervöse Sprachleiden stark beeinflussen und, wenn sie bestehen bleiben, den Erfolg der Therapie beeinträchtigen können. Ein drastisches Beispiel: Stottern, das durch Uebungstherapie beseitigt ist, kann bei acutem Schnupfen plötzlich wieder anftreten und durch Cocainisirung zum Verschwinden gebracht werden. — Desshalb ist auch bei nervösen Sprachstörungen die Nase wohl zu beachten, Muschelschwellungen, Spinen, Cristen müssen beseitigt werden.

ZARNIKO.

83) **Willy Böhm** (München). **Ueber Sprachstörungen und deren Ursachen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 7. 1908.*

Physiologische, pathologische und therapeutische Betrachtungen über obiges Thema, die sich zu kurzem Referat nicht eignen.

HECHT.

84) **E. Hopmann** (Köln). **Sigmatismus nasalis.** *Med.-pädagog. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilkde. Mai 1908.*

Die Besonderheiten des ausführlicher beschriebenen Falles (15jähr. Barbierlehrling) bestanden in der Bildung des Mundhöhlenverschlusses an der 3. Articulationsstelle bei einem Sigmatismus nasalis, der begleitet war von einem Sigmatismus lateralis bei der Aussprache des Sch. Im Anhang Mittheilung eines ganz ähnlichen Falles bei einem 9jähr. Mädchen.

SEIFERT.

85) **Suné y Medan. Ein Fall von hysterischer Aphonie. (Un caso de afonia histérica.)** *Revista barcelonesa de laringologia. No. I. 49.*

Schnelle Heilung nach Anwendung faradischer Ströme und Suggestion.

TAPIA.

86) **J. Broeckaert. Die sympathischen Kehlkopfnerven. (Les nerfs sympathiques du larynx.)** *Bruxelles Mém. Acad. 55. 1907.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

87) **A. Kuttner** und **E. Meyer** (Berlin). **Führt der Recurrens des Menschen sensible Fasern? Entgegnung auf die Mittheilung des Herrn Prof. F. Massei.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. 20. Bd. S. 169.*

88) **Massei** (Neapel). **Erwiderung auf vorstehenden Aufsatz.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 356 u. 358. 1907.*

Kuttner und Meyer stellen Missverständnisse klar und kommen zu dem Schluss, dass bisher im Recurrens des Menschen sensible Fasern sich nicht haben nachweisen lassen.

Massei meint in seiner Erwiderung: „Vielleicht werde ich auch zugeben müssen, dass der Recurrens kein gemischter Nerv ist oder die Herren Kuttner und Meyer werden die Anästhesie des Kehlkopfeingangs bei Recurrenslähmung als unumstössliche Thatsache anerkennen müssen."

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

89) **Branluet** (Paris). **Kehlkopflähmung traumatischen Ursprungs. (Paralysie laryngée d'origine traumatique.)** *Société de chirurgie. Bulletin. 23. Juli 1908.*

Bei einem Patienten traten nach einer penetrirenden Wunde ungefähr 1 cm nach oben und hinten von dem linken Kieferwinkel eine Reihe von Lähmungserscheinungen auf. Sympathicuslähmung (Enophtalmus, Myosis, Verengerung der Lidspalte), Lähmung des Facialis und des Hypoglossus (zu bemerken ist, dass keine Gaumensegellähmung bestand) sowie des äusseren Spinalnervenastes (Sternocleidomastoideus und Trapezius).

Die linke Stimmlippe war roth und in Zwischenstellung, der Aryknorpel nach vorn gesunken. Man konnte in dieser Thatsache eine Bestätigung für die von manchen Autoren behauptete Betheiligung des Sympathicus an der Kehlkopfinnervation erblicken; gleichzeitig bestand jedoch auch ein Husten, für dessen Erklärung man eine Verletzung des N. pneumogastricus hätte annehmen müssen.

GONTIER de la ROCHE.

90) **Hirschfeld** (Berlin). **Vorstellung eines Falles von einseitiger Durchschneidung des Sympathicus, Vagus, Accessorius, Glossopharyngeus, Hypoglossus und Lingualis.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 25. 1907.*

Larynkoskopisch zeigte sich das rechte Stimmband (Verletzung durch einen Dolchstoss in der Nähe des rechten Kiefergelenkes) in Cadaverstellung, bei Phonation und Athmung unbeweglich. Ein Druck in der Gegend zwischen Unterkieferwinkel und Sternocleidomastoideus löst heftigen Husten aus durch Reizung des centralen Endes des durchschnittenen Nervus laryngeus superior.

ALBANUS (ZARNIKO).

91) **Ludwig Neufeld** (Posen). **Zur Kenntniss des Kehlkopfkrampfes der Erwachsenen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 349. 1907.*

Verf. berichtet über drei Beobachtungen. Bei den beiden ersten Fällen scheint es sich nach Angaben des Verfs. um Infectionen mit dem Virus des Keuchhustens bei Erwachsenen zu handeln. Die Anfälle traten meist ein- bis zweimal am Tage auf und schienen durch Inhalationen günstig beeinflusst zu werden. Der objective Befund am Kehlkopf war in dem einen Falle negativ, in dem anderen zeigten sich leichte katarrhalische Veränderungen.

Der dritte Fall dürfte wohl zu denjenigen Fällen von Laryngospasmus gerechnet werden, die man unter der Bezeichnung des Ictus laryngis beschrieben hat. Mehrmals am Tage traten heftige Erstickungsanfälle auf, nachdem Pat. durch Schlafen in einem rauchigen Zimmer eine heftige Laryngitis acquirirt hatte. Der Anfall ist von heftiger Cyanose begleitet und von 20—30 Secunden dauernden, wahrscheinlich auf Kohlensäurevergiftung des Blutes, beruhenden Krampfzuständen gefolgt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

92) **L. Réthi** (Wien). **Einiges über die Pendelzuckung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 7. 1908.*

Réthi berichtet über 2 Fälle von Oesophaguscarcinom mit einseitiger Recurrenslähmung, bei dem er anfangs noch postphonatorische Zuckungen der Aryknorpel der gelähmten Seite und mit dem Fortschreiten der Erkrankung das allmähliche Verlöschen derselben beobachten konnte. Diese nur noch im Beginne der Recurrenslähmung auftretenden Zuckungen sind wohl dadurch zu erklären, dass der Nerv seine Leistungsfähigkeit noch nicht ganz eingebüsst hat, und dass „durch die Summirung der Impulse noch ein genügend kräftiger Reiz zu Stande kommt, um eine Zuckung auszulösen". Mit dem vollständigen Verlust der Nervenerregbarkeit hören dann auch die Zuckungen auf.

HECHT.

93) **Otto J. Freer** und **Stanton A. Friedberg. Kehlkopfkrisen und Abductorparese der Stimmlippen als wichtiges Frühsymptom der Tabes nebst Bericht über einen Fall. (Laryngeal crises and paresis of the abductors of the vocal cords as important early symptoms of tabes with the report of a case.)** *Journal American Medical Association. 5. September 1908.*

Verf. beschreiben einen Fall von sicher gestellter Tabes mit Larynxkrisen und mit beiderseitiger Abductorparese.

Bei dem Versuch, den Larynx zu cocainisiren, trat ein Anfall auf und es war Gelegenheit, diesen laryngoskopisch zu beobachten. Man sah die Stimmlippen fast in Phonationsstellung fixirt; trotz der heftigsten inspiratorischen Anstrengungen erfolgte auch nicht die geringste Abductionsbewegung. Die Stimmlippen blieben mindestens 15 Secunden lang in der Mittelstellung fixirt. Zwischen den Stimmlippen war eine schmale elliptische Oeffnung vorhanden; man sah die Ränder der Stimmlippen leicht vibriren, ein Zeichen, dass mindestens etwas Luft durch die Glottis hindurchgehen musste. Darauf beruhte es wohl auch, dass keine Bewusstlosigkeit eintrat, was man bei vollkommenem Verschluss der Glottis hätte erwarten müssen. Verff. sehen darin eine Anstrengung der M. thyreo-arytaenoidei

interni, der Wirkung der Posticuslähmung entgegenzuarbeiten. Mit dem Wiederkehren der Abduction hörte der Anfall sofort auf.

EMIL MAYER.

94) **Wolff Freudenthal. Kehlkopferscheinungen bei Tabes und multipler Sklerose. (Laryngeal manifestations in locomotor ataxia and multiple sclerosis.)** *Journal American Medical Association. 13. Juni 1908.*

Larynxkrisen sind so häufig, dass sie fast von pathognomonischer Bedeutung sind. Einseitige und doppelseitige Posticuslähmung sind bei Tabes die Veränderungen par excellence; doch ist auch eine einseitige Recurrenslähmung oft mit Hyperabductionsstellung der Stimmlippe, wie sie Harland erwähnt, nichts Ungewöhnliches. Die Abductorfasern des Recurrens werden bei Tabes sowohl wie bei multipler Sklerose primär afficirt. Die Stimme der Tabiker ist oft trotz vorgeschrittener Affection nicht verändert. Bei multipler Sklerose findet sich oft eine subjective Dyspnoe, die durch den objectiven Befund nicht erklärt werden kann.

EMIL MAYER.

95) **Graeffner** (Berlin). **Larynx und multiple Sklerose.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Heft 2. 1908.*

Die Arbeit stützt sich auf 39 Larynxuntersuchungen bei multipler Sklerose. Bei 7 konnte die Spiegeluntersuchung nur 1mal vorgenommen werden; bei den übrigen 32 notirte G. 11mal (34,3pCt.) normalen Kehlkopfbefund, 4mal (12,5pCt.) stabile Anomalien und 17mal (53,1pCt.) labile Veränderungen an den Stimmbändern. Diese labilen Erscheinungen — das wechselnde Bild — stehen somit bei der multiplen Sklerose in charakteristischer Weise im Vordergrund und äussern sich hauptsächlich als Tremor und als Ataxie; weniger häufig wurden vorübergehende Muskelparesen beobachtet.

OPPIKOFER.

f. Schilddrüse.

96) **Herman Tuholski. Beobachtungen über Schilddrüse und Nebenschilddrüsen. (Observations on the thyroid and the parathyroids.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Juli 1908.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die Physiologie und Pathologie der Schilddrüse und der Nebenschilddrüsen und beschreibt eine neue Operationsmethode für den Morbus Basedowii. Er folgt einer Anregung von Guthrie, Professor an der Washington University, St. Louis, der gefunden hat, dass, wenn man bei Hunden die Thyreoidvenen unterbindet, dies während einiger Tage eine ödematöse Schwellung der Drüse zur Folge hat, worauf dann mehrere Tage später eine geringe Grössenabnahme und eine vermehrte Härte des Organs zu constatiren ist. Verf. hat in einem sehr schweren und hartnäckigen Fall daraufhin die Ligatur der Thyreoidvenen ausgeführt, er verspricht einen Bericht, der Beobachtungen über den Verlauf und das schliessliche Endresultat enthalten soll. Diese Operationsmethode soll nach Ansicht des Verfs. dem Princip der Bier'schen Stauung entsprechen. Verf. hat in seinem Fall sowohl die Venae thyreoideae superiores wie die inferiores unterbunden.

LEFFERTS.

97) **H. W. Marx** (Renkum). **Pathogenesis und Behandlung des Morbus Basedow. (Pathogenese en therapie van morbus Basedowii.)** *Medisch weekblad. XIV. No. 34.*

Uebersichtsartikel. Empfehlung der kalten Rückendouche. H. BURGER.

98) **Alfred Stengel. Einige Betrachtungen über Morbus Basedow vom medicinischen Standpunkt. (Some considerations of exophthalmic goitre from the medical standpoint.)** *N. Y. Medical Record. 18. Juli 1908.*

Verf. meint, die Betrachtungen über die pathologische Anatomie des Morbus Basedow beruhen bisher meist auf Fällen mehr oder weniger abnormer Natur, bei denen bereits langdauernde Veränderungen in der Drüse sich ausgebildet haben. Unsere Kenntnisse über die Krankheit würden erst consolidirter werden, wenn jeder Fall operirt würde. LEFFERTS.

99) **Grober** (Jena). **Zum erblichen Auftreten der Basedow'schen Krankheit.** *Med. Klinik. 33. 1908.*

Bei der Betrachtung von Stammtafeln Basedow'scher Familien gewinnt man den Eindruck, als ob es sich gar nicht um die erbliche Uebertragung einer bestimmten Erkrankung von einer Generation auf die andere bei den sogenannten vererbten Krankheiten handle, sondern um die Uebertragung einer mehr allgemeinen Constitutionsschwäche, die je nach Lage der einzelnen belasteten Person bald als Morbus Basedow, bald als Diabetes, bald als functionelle Neurose in die klinische Erscheinung tritt. SEIFERT.

100) **W. Hersing. Ueber Strumectomie bei Morbus Basedow.** *Dissert. Bonn 1906.*

Drei Fälle von Basedow'scher Krankheit, bei denen die Strumectomie vorgenommen wurde. Die Dissertation stützt sich im Wesentlichen auf die Arbeiten von Kocher. OPPIKOFER.

101) **Jeanne C. Solis. Behandlung des Morbus Basedow. (Treatment of ophthalmic goiter.)** *Journal American Medical Association. 22. August 1908.*

Verf. lässt zunächst die verschiedenen Theorien über die Pathogenese des Morbus Basedow Revue passiren; er selbst ist am meisten geneigt, die Theorie anzunehmen, nach der die Symptome auf einer Hypersecretion der Thyreoidea beruhen. Bei allen erfolgreichen therapeutischen Methoden ist das Entscheidende, dass die in allen Fällen vermehrte Blutfülle beschränkt wird. Verf. empfiehlt die Anwendung der Elektricität: durch den directen Strom werden die Gefässwände zur Contraction gebracht und so die Blutmenge, welche die Schilddrüse durchströme, verringert. Verf. wendet die Elektricität in folgender Weise an: die Kathode wird auf den Nacken, die Anode auf die Drüse aufgesetzt. Der Strom wird allmählich von 15 auf 25 Milliampères verstärkt. Die Anode wird 3—4 Minuten lang an eine Stelle gehalten und dann gewechselt. Die Behandlung erfolgt zuerst täglich und dauert 15 Minuten lang, später jeden zweiten Tag oder dreimal wöchentlich, so lange als Pulsbeschleunigung, Drüsenvergrösserung oder Exophthalmus bestehen. Verf. führt drei Fälle an. EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

102) **W. Telemann. Ueber die Configuration des Oesophagus.** *Dissertation. Königsberg 1906.*

T. maass vorerst bei Erwachsenen die Breite der Speiseröhre auf verschiedener Höhe am durchschnittenen Organ von 46 frischen Leichen. Bald an dieser, bald an jener Stelle besteht eine geringere Verengerung oder Verbreiterung. Diese unbedeutenden Kaliberschwankungen vollziehen sich niemals plötzlich; wirkliche anatomische Verengerungen existiren im Verlauf der Speiseröhre nicht.

Bei Messung von 24 infantilen und fötalen Speiseröhren constatirte T. eine deutliche Verengerung am Hiatus oesophageus. Diese Verengerung verschwindet nach der Geburt. Bei 3 der 24 Fälle bestand ein Vormagen, eine deutliche Erweiterüng dicht über der Cardia.

OPPIKOFER.

103) **Lotheissen** (Wien). **Ein Verschlag zur Operation tiefsitzender Oesophagusdivertikel.** *Zeitschr. f. Chirurgie. 27. 1908.*

Von rein chirurgischem Interesse.

SEIFERT.

104) **Rosenfeld. Ueber die spindelförmige Erweiterung der Speiseröhre.** *Dissert. München 1906.*

Beschreibung des Krankheitsbildes und Mittheilung einer eigenen Beobachtung.

OPPIKOFER.

105) **H. J. M. Schoo** (Amsterdam). **Fistula tracheo-oesophagoalis c. occlus. oesophagi congenita.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 2028. 1908.*

Der Neugeborene athmete schlecht; alle eingenommene Nahrung wurde erbrochen. Er fing zu husten an, wurde atrophisch und starb am 3. Tage. Bei der Obduction zeigte das sonst normale Kind eine Speiseröhre, deren oberer, stark dilatirter Theil hinter der Bifurcation blind endete. Der untere Theil mündete mit einer spaltförmigen Oeffnung in die Luftröhre, etwas oberhalb der Bifurcation. Offenbar war beim Erbrechen Magensaft in die Lunge gerathen, weil dieselbe confluirte broncho-pneumonische Herde und Autodigestion zeigte. Ein in anderen Fällen oft beobachteter, die beiden Oesophagusabschnitte vereinigender Bindegewebsstrang bestand bei diesem Kinde nicht.

H. BURGER.

106) **Tesse S. Meyer. Das Oesophageskop als diagnostisches und therapeutisches Mittel bei Oesophagusverlegung. Bericht über Fälle. (The esophagescope as a diagnostic and therapeutic aid in esophageal obstruction. Report of cases.)** *N. Y. Medical Record. 1. August 1908.*

Nach einem kurzen historischen Ueberblick berichtet Verf. detaillirt über 7 Fälle. In allen wurde das Killian'sche Instrument gebraucht und die zuerst von Stoerk angegebene Position der Patienten in Anwendung gebracht.

LEFFERTS.

107) **Joseph Mersbach. Erfahrungen auf dem Gebiete der Oesophagoskopie. (Experiences in the field of oesophagoscopy.)** *N. Y. Medical Journal. 13. Juli 1908.*

Verf. theilt mehrere Fälle mit: ein Carcinom, eine idiopathische Dilatation, einen syphilitischen Tumor und einen Fremdkörper. Verf. ist nach seinen Erfahrungen nicht geneigt, dem Oesophagoskop eine allzugrosse Bedeutung als diagnostisches Hülfsmittel zuzuschreiben. Die Diagnose eines malignen Tumors sowohl wie die Diagnose zwischen einem Divertikel und einer Dilatation könne auch auf andere Weise gestellt werden. Dagegen lässt Verf. dem Oesophagoskop bei Fremdkörpern gerechte Würdigung zu Theil werden. LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

52. Sitzung vom 22. Januar 1908.

Vorsitzender: H. Mygind.
Schriftführer: L. Mahler.

1. E. Schmiegelow: Klinische Beiträge zur Pathologie der Nebenhöhlen der Nase sowie zu der Bedeutung der Nebenhöhlenleiden für die Aetiologie der secundären Augenleiden.

1. Myxosarkom der rechten Keilbeinhöhle.

59jährige Frau, seit einem halben Jahre auf dem rechten Auge blind, später Ptosis und Kopfschmerzen. Während der letzten paar Monate auch eiteriger Ausfluss aus der Nase. Paralyse der rechten Palpebra sup., Bulbus hervorgetrieben, fast unbeweglich, totale Amaurose und Opticusatrophie rechts. Im Röntgenbild Keilbeinhöhle vergrössert, obere Grenze verschwommen. Nach Resection der mittleren Muschel wird die Keilbeinhöhle ausgeräumt, sie enthält blassrothe, bröckelige Geschwulstmassen. Mikroskopie: Myxosarkom. Nach der Operation erhebliche Besserung des Befindens, die Augenbewegungen kehrten in fast voller Ausdehnung zurück, die Sehnervenatrophie hingegen unverändert.

2. Acute Ethmoiditis mit Exophthalmus.

7jähriger Knabe, seit 7 Tagen Schmerzen im linken Auge, dann allmählich zunehmender Exophthalmus. Ophthalmoskopie und Rhinoskopie nichts Krankhaftes. Die Siebbeinzellen werden geöffnet, enthalten schleimigen Eiter. 15 Tage nach der Operation wurde Patient als völlig geheilt enthalten.

3. Primäres Carcinom der Keilbeinhöhle.

47jähriger Mann, seit 7 Monaten Schleimsecretion, namentlich aus der linken Nasenhälfte, später Kopfweh. Vor 3 Wochen fing das Sehvermögen an geringer zu werden. Die linke Nasenhälfte durch eine von der Lateralwand ausgehende Geschwulst fast völlig verlegt. Exophthalmus und Ptosis, Augenbewegung in der

Richtung nach innen und oben, theilweise auch nach aussen und unten fehlt; bei Abwärtsdrehen Neigung des senkrechten Meridians nach innen. Sehschärfe rechts normal, links $^6/_9$. Augengrund und Gesichtsfeld normal. Es wird partielle Resection des linken Oberkiefers vorgenommen um die linke Keilbeinhöhle auszuräumen, in der sich speckige Geschwulstmassen vorfinden. Mikroskopie: Alveoläres Carcinom. Die Wunde heilte glatt, die Schmerzen aber kehrten wieder zurück und die Augensymptome bestanden unverändert.

Discussion: Hald, Mygind, Schmiegelow.

II. H. Mygind: Versuche über primäre Heilung bei einfacher Aufmeisselung.

III. P. Tetens Hald: Oesophagoskopie bei einem „Säbelfresser".

Patient gehört einer „Säbelfresser"-Familie an und hat sich seit frühester Kindheit ausgebildet. Er hat früher mit scharfgeschliffenen Degen gearbeitet ohne unangenehme Erscheinungen zu spüren, in der letzten Zeit aber Schmerzen, sodass er fürchtet sich eine Läsion zugezogen zu haben. Man liess ihn zuerst seine „Kunst" vorführen, die er jetzt mit zwei stumpfen Klingen ausübt, die gleichzeitig hinabgeführt werden. Es wurde sowohl eine gewöhnliche Photographie wie eine Röntgenphotographie aufgenommen. Nach letzterer zu urtheilen schien es, als ob die in einer Länge von 45 cm eingeführte Klinge nur eben die Cardia erreicht. demnach ganz aussergewöhnliche Grössenverhältnisse der Speiseröhre beständen, Es wurde dies auch bei der Untersuchung bestätigt: bei der Hypopharyngoskopie klaffte die Pars cricoidea pharyngis aussergewöhnlich weit, an der Hinterfläche des Ringknorpels eine Excoriation, die seine Beschwerden erklären mochte; bei der Oesophagoskopie, die er gar nicht besser als andere Patienten vertrug, konnte man mit dem längsten Tubus (45 cm) die Cardia nicht erreichen. Chronische Oesophagitis vorhanden.

53. Sitzung vom 26. Februar 1908.
Vorsitzender: H. Mygind.
Schriftführer: L. Mahler.

I. Jörgen Möller: Ueber die Epiglottisamputation bei Kehlkopftuberculose.

M. hat während der letzten paar Jahre 10 Mal die Epiglottisamputation bei Kehlkopftuberculose vorgenommen. Die Resultate waren folgende: 4 Fälle wurden völlig geheilt; 2 dieser Fälle wurden demonstrirt. In 4 Fällen hörten die Schluckschmerzen auf, einer dieser Patienten ist später an Hirntuberculose gestorben. Ein Patient ist an seiner Lungentuberculose in Verbindung mit einer sehr ausgedehnten Schleimhauttuberculose gestorben. 1 Patient ist noch in Behandlung. Die Amputation wurde in allen Fällen mittelst der Alexander'schen Guillotine vorgenommen und betraf die Pars libera epiglottidis. In einem der operirten Fälle handelte es sich um eine sehr ausgedehnte und ernste Kehlkopftuberculose, trotzdem gelang es aber, völlige Heilung herbeizuführen.

(Der Vortrag wird in extenso in der Zeitschrift f. Laryngologie veröffentlicht).

Discussion: Schmiegelow, Klein, Mygind.

II. E. Schmiegelow: Demonstration von einem Präparat der Trachea mit der Bifurcation, die von einem riesigen reticulären Rundzellensarkom umgeben und theilweise durchwachsen war.

III. P. Tetens Hald: Demonstration des von Brünnings construirten Instrumentarium für Bronchoskopie und Oesophagoskopie.

IV. H. Mygind: Krankenvorstellung.

1. Ein Fall von doppelseitiger Recurrenslähmung ungewissen Ursprungs.

2. Ein Fall von Fistelbildung, die, von einem tiefen syphilitischen Geschwür des Nasenrachens ausgehend, theils nach aussen an die Haut, theils nach hinten über den oberen Rand des Atlas hineinführte (Röntgenbild wurde vorgezeigt).

Im Uebrigen otologische Mittheilungen. Jörgen Möller.

---

b) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

XVI. Versammlung, Utrecht, 16. und 17. November 1907.

Vorsitzender: Zwaardemaker.

In den Vorstand wurden gewählt die Herren: Moll, Vorsitzender, v. Anrooy, Schatzmeister und wiedergewählt als Schriftführer-Bibliothekar Burger, Vondelstraat 1, Amsterdam.

I. Discussion über die endonasale Behandlung der Ménière'schen Krankheit.

Die Discussion bezieht sich auf ein Referat von ten Siethoff (Scheveningen), der, gestützt auf eine grosse Reihe von Gesundungen, den Standpunkt einnimmt, dass in der Mehrzahl der Fälle von Ménière'schem Symptomencomplex durch endonasale Behandlung, namentlich Galvanokauterisation der Nasenmuscheln, Heilung erzeugt werden kann. Er betrachtet für alle diese Fälle den Ménière'schen Anfall als den Effect eines von der erkrankten Nasenschleimhaut ausgelösten Reflexvorganges.

Moll kann sich dieser Anschauungsweise nicht anschliessen. Er kann sich den günstigen Effect in einigen Fällen nur dadurch erklären, dass durch die Nasenbehandlung die Tubenfunction günstig beeinflusst wurde.

ten Cate theilt drei Fälle mit, in welchen, im Sinne ten Siethoff's, der Effect der Nasenbehandlung auf die Ménière'schen Symptome ein auffallender war. In dem einen Fall bestand eine typische Labyrinthkrankheit mit normalen Trommelfellen. Nach Abtragung stark hypertrophischer Muschelenden sistirten die Anfälle vollständig. Der zweite Fall betraf eine Septumdeviation. Im dritten Falle, wo die Anfälle sehr heftig waren, bestand neben einem Mittelohrkatarrh eine hochgradige Herabsetzung der Hörschärfe für Knochenleitung. Hier wurde eine knöcherne Spina septi nar. abgetragen. Auch in diesen beiden Fällen hörten die Anfälle vollständig auf.

v. Dusseldorp theilt einen analogen Fall mit, in welchem nach galvanokaustischer Behandlung einer Schleimhautschwellung am Tuberculum septi nicht

nur die Schwindelanfälle, sondern auch das Ohrensausen und die Taubheit, und zwar fast unmittelbar verschwanden.

Burger theilt im Allgemeinen den ten Siethoff'schen Standpunkt nicht. Indessen hat auch er Fälle beobachtet, in welchen der Ménière'sche Symptomencomplex durch Nasenbehandlung auffallend günstig beeinflusst wurde. Er beschreibt den Fall einer Frau mit typischem Ménière'schen Schwindel und Labyrinthtaubheit, bei der ein latentes Empyem der Kieferhöhle diagnosticirt und radical operirt wurde. Fast unmittelbar nachher war der Status Ménièricus verschwunden; Anfälle sind keine mehr aufgetreten, ebensowenig Ohrensausen; die Untersuchung mit dem v. Stein'schen Goniometer ergab eine erhebliche Besserung der statischen Störung. Nur die Taubheit ist unverändert geblieben.

Zwaardemaker erklärt den ten Siethoff'schen Standpunkt für unhaltbar. Dessen hypothetischer Reflexbogen ist nicht bekannt.

Hartog bestätigte die ten Siethoff'schen Resultate, die er zum Theil auch persönlich gesehen hat. Er erwähnt noch den Fall einer Keilbeinhöhleneiterung, in dem jedesmal, wenn sich hinten in der Nase ein Secretpfropfen gebildet hatte, ein Anfall auftrat.

II. H. Zwaardemaker (Utrecht): Geruchsverwandtschaft.

Neun in Paraffin gelöste Hauptgerüche werden auf 36 Arten, zwei zu zwei zusammengefügt und im Mischolfactometer geprüft. In gewissen Proportionen ergeben diese Gemische entweder Wettkampf oder unbestimmten Geruch oder bisweilen Geruchlosigkeit. Aus diesen Experimenten liess sich eine tiefere Verwandtschaft zwischen einigen Gerüchen ableiten. Z. B. zeigen sich Amylacetat, Nitrobenzol, Terpentinöl, Guajacol einerseits und Valeriansäure, Skatol andererseits mehr oder weniger verwandt. Für die Parfümerie, Parfümerieindustrie dürfte das Studium dieser Frage künftig ein grosses Interesse erlangen.

III. Sprechunterricht für Stotterer.

Im vergangenen Jahre hat die Gesellschaft eine Commission ernannt (die Herren Moll, Mulder, Roorda, Schutter) zur Besprechung der Frage, in welcher Weise in den Niederlanden die sprachliche Erziehung stotternder Schulkinder am besten einzurichten wäre. Die Commission ist einstimmig zu dem Schluss gekommen, dass eine Staatsschule mit Internat den städtischen, von nicht-specialistischen Lehrern abgehaltenen Stottercursen vorzuziehen sei. Die Vortheile sind: 1. die Schüler werden den schädlichen Einflüssen der Umgebung entzogen; 2. die Uebungszeit ist eine längere, die Aufsicht eine bessere; 3. ständiges Zusammenwirken von Sprechlehrern und sachverständigem Arzt; 4. es kommen auch die Stotterer vom Lande in Behandlung. Als Vorbild einer derartigen Schule empfiehlt die Commission das „Statensinstitut for Talelidende" in Kopenhagen.

Discussion.

Burger warnt vor einer zu theoretischen Besprechung der Frage. In Deutschland sind auch mit den gemeindelichen Stottercursen keine zu schlechten Resultate erhalten. Die financielle Seite der Frage ist von grosser Bedeutung.

Kan berichtet über günstige Resultate, welche in Leiden von einer freiwilligen Gemeindelehrerin erhalten wurden. Die Staatscommission wünscht in den Lehranstalten für Volksschullehrer practische Sprachheilkunde unterrichten zu lassen und für das Land Wandercurse einzurichten.

Nach längerer Discussion wird der Beschluss gefasst, dass die Gesellschaft sich nicht an die Regierung richten wird, dass aber seitens der Gesellschaft in einer Broschüre die Bedeutung einer allgemeinen sprachlichen Erziehung der stotternden Schulkinder hervorgehoben werden wird.

IV. H. Burger (Amsterdam). Demonstration von Patienten.

a) Zwei Fälle von Larynxlupus, durch Galvanocaustik geheilt.

B. empfiehlt die Galvanocaustik als das beste Mittel gegen Schleimhautlupus. Entgegen der Negirung und dem Nihilismus mancher Autoren behauptet er, auf Grundlage einer reichen persönlichen Erfahrung, dass die grosse Mehrzahl der Fälle von Larynxlupus gänzlich geheilt werden könne.

b) Ein Fall von Orbitalabscess in Folge Entzündung in Kiefer- und Siebbeinhöhlen.

Bei der 10jährigen Patientin entstand eine linksseitige Naseneiterung und Orbitalabscess. Incision an der Innenseite des Bulbus mit negativem Erfolg. Eröffnung der Kieferhöhle und von derselben aus des Siebbeins und Entleerung einer reichlichen Eitermenge. Bald darauf spontaner Durchbruch von Eiter aus der Tiefe der Orbita in die Incisionswunde. Später endonasale Fortnahme der mittleren Muschel und des im mittleren Nasengang gelegenen Theiles der lateralen Nasenwand. Heilung mit normalem Auge.

V. W. Schilperoort (Rotterdam). Localanästhesie bei Nasenoperationen.

S. empfiehlt die Localanästhesie durch mittelbare Infiltration von einem Depot aus. Er verwendet ein 0,5—1 proc. Cocainlösung, der pro ccm 2 Tropfen Adrenalin ($^1/_{1000}$) hinzugefügt sind.

S. hat diese Methode in Anwendung gebracht bei einer grossen Anzahl Septumoperationen, Operationen an den Nasenmuscheln, Zahnextractionen und Anbohrungen des Oberkiefers, Antrumoperationen nach Luc.

Discussion.

Struycken meint, man soll nicht generalisiren. Er war mehrere Male gezwungen, während der Operation zur allgemeinen Narkose zu greifen.

Wilkens hat in Semarang 14 Kieferoperationen nach Luc bei Localanästhesie gemacht, sogar in ambulanter Behandlung und war damit sehr zufrieden.

Burger empfiehlt die Methode ebenfalls. In einem Falle hat er, ebenso wie Struycken, eine ein paar Monate währende Nervosität als Folge der Operation beobachtet.

Moll bemerkt, dass man sich auch bei allgemeiner Narkose, behufs blutleeren Operirens, der submucösen Adrenalininjectionen bedienen kann.



VI. H. Braat (Arnheim): Sogenanntes „Phlegmon ligneux“ mit Halscomplicationen.

Es handelt sich um die von Reclus zuerst beschriebene (Revue de Chir. 1896) chronische Bindegewebsentzündung, welche durch sehr wenig virulente Bakterien verursacht sein soll. Dieselben erregen weder eine allgemeine noch eine locale kräftige Reaction, keine acute Eiterung, sondern nur eine Anhäufung von Leukocyten im subcutanen Gewebe. In der Regel langsame Resorption und vollständige spontane Heilung. Bei der ersten Patientin B.'s, einem 10jährigen Mädchen, bestand eine harte, schmerzlose Schwellung der ganzen linken Kehlkopfhälfte. Beim zweiten Patienten, einem Manne, 60 Jahre alt, war, nach einer Angina eine breite, bretthafte, unbewegliche, umschriebene Schwellung am Zapfen, an der Zungenwurzel und an der rechten, seitlichen Rachenwand entstanden. Beim dritten Patienten hatte sich, gleichfalls nach einer Angina, eine ausgedehnte Schwellung der rechten Zungenhälfte und Rachenwand, sowie der Epiglottis entwickelt. Ausserdem waren bei den drei Kranken Schwellungen an verschiedenen Stellen am Halse anwesend.

VII. P. Th. L. Kan (Leiden): Die Behandlung einiger Affectionen der Thränenwege mit Drainage mittels eines Seidenfadens.

Die von Koster (Leiden) angegebene Methode ist von demselben, zusammen mit Kan, in einer ganzen Reihe von Fällen von Epiphora, Dacryocystitis u. dgl., mit durchwegs günstigen Resultaten ausgeführt worden. Es wird dabei vom Thränenpunkt aus ein Seidenfaden durch den Thränennasencanal hindurchgeführt und als Dauerdrainage längere Zeit dort belassen, während die beiden Fadenenden vor dem Gesicht zusammengeknotet werden.

K. bespricht die Schwierigkeiten beim Einführen der Fäden; die Unterschiede in Form und Grösse der untern Muschel u. s. f., durch welche das Auffinden und Fassen des Fadenendes erschwert wird. Eventuell fracturirt und luxirt er die untere Muschel mittelst des Killian'schen Speculums für Rhinoscopia media. Bisweilen muss der Faden, dem Gefühle nach, mit einem stumpfen Häkchen, gesucht werden. Am bequemsten ist die Einführung einer feinen Kupferdrahtschlinge durch die Hohlsonde hindurch, an welche dann der Seidenfaden befestigt wird.

Discussion.

Walter Zeper hat nach dieser Methode 5 Patienten behandelt und ist vorläufig zufrieden.

Mulder sah zweimal den Draht nicht unterhalb, sondern oberhalb der untern Muschel zum Vorschein kommen.

Kan bemerkt, dass ausnahmsweise der Thränennasencanal dort ausmündet. Es kann aber auch ein falscher Weg dahin führen.

b) Demonstration eines Kehlkopfes mit beiderseitiger Divertikelbildung.

Ausführlich publicirt in Blumenfeld's Zeitschr. f. Lar., Rhin. und ihre Grenzgebiete, H. 1.

VIII. J. van der Hoeven Leonhard (Utrecht): Ein abweichendes Geruchssystem.

Zufälligerweise wurde, während olfactometrischer Experimente, entdeckt, dass Vortr. ein von der Norm ganz abweichendes Geruchssystem hat. Bei systematischer Prüfung seines Geruchssinnes an einer Reihe von Gerüchen aus den neun Gruppen von Riechstoffen, ergab sich, dass er Eugenol nicht wahrnehmen konnte bei einer Concentration, wo andere Personen (normale Osmaten) dazu wohl fähig waren. Umgekehrt konnte er Scatol noch in einer Verdünnung riechen, bei welcher für normale Personen der Reiz schon weit unterhalb der Reizschwelle war. Die auch an andern Riechstoffen gewonnenen Resultate wurden graphisch vorgeführt und mit denen normaler Osmaten verglichen.

Discussion.

Zwaardemaker bemerkt, dass die Erscheinung deswegen noch interessanter ist, weil dieselbe Person nicht nur ein abnormaler Osmat, sondern auch ein abnormaler Trichromat ist.

IX. H. Burger (Amsterdam): Die Röntgenstrahlen im Dienste der Oto-Rhino-Laryngologie.

Ueberblick über das Thema, nebst Vorführung einer ganzen Reihe von Röntgenogrammen.

X. H. Zwaardemaker (Utrecht): Eine chronophotographische Methode zur Untersuchung der Resonanten.

Wenn man beim Aussprechen von m, n oder ng das obere Ende des Aerodrometers in einer der Nasenöffnungen hält, giebt der Apparat einen Ausschlag, den man chronophotographisch registriren kann. Die Grösse des Ausschlages, in Folge des grösseren Luftquantums, welches durch die Nase entfliesst, ist beim Flüstern grösser als beim lauten Sprechen. Das Quantum der entweichenden Luft kann man in dieser Weise messen; es beträgt beim Worte Amman 7 resp. 12 ccm, durch die rechte Nasenseite. Die Methode wird besonders für das Studium derenigen Fälle nasalen Sprechens, in welcher keine deutliche Störung der Gaumenabschliessung zu finden ist, gute Dienste leisten können.

XVIII. Versammlung, Rotterdam, 23. und 24. Mai 1908.

Vorsitzender: van Anrooy.

In den Vorstand werden wiedergewählt die Herren: Moll, Vorsitzender, van Anrooy, stellvertretender Vorsitzender und Schatzmeister, Burger, Secretär und Bibliothekar (Vondelstraat 1, Amsterdam).

I. H. Burger (Amsterdam): Der älteste Kehlkopfspiegel in Niederland.

Anlässlich der Türck-Czermakfeier erhielt B. vom Emeritus-Professor Tilanus-Amsterdam einen Kehlkopfspiegel geschenkt, den er der Versammlung demonstrirt. Derselbe besteht aus einem geradwinkligen auf einem Brillenarm montirten Spiegel in Metallfassung, den Tilanus sich von einem Amsterdamer

Brillenschleifer hat anfertigen lassen. Mittheilung darüber findet sich in Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1858, S. 275, also fast um dieselbe Zeit wie die erste Publication Czermak's (April 1858). Tilanus erinnert sich nicht mehr, ob er derzeit durch die Czermak'sche oder durch die Garcia'sche Publication zu seinen Untersuchungen angeregt worden war.

II. G. Brat (Rotterdam): Demonstration von Patienten.

a) Ein Fall von Entzündung der Stirn- und Kieferhöhlen, nach Riedel und Luc-Cadwell operirt.

b) Ein Fall von Kieferhöhlencarcinom.

c) Mehrere Fälle von Lupus der Nasen-, Mund- und Halsschleimhäute.

IV. J. H. Polak (Haag). Demonstration eines Falles von Nasenrachenpolyp, der durch elektrocaustische und elektrolytische Behandlung geheilt wurde.

Die Behandlung bestand hauptsächlich in elektrolytischen Sitzungen, sowohl von vorn durch die Nase als hinten im Nasenrachenraum. Stromstärke hinten von 25—150 M.-A., während 15—25 Minuten, in der Nase selten höher als 50 bis 60 M.-A. Die Behandlung dauerte vom September bis Februar. Die Geschwulst ist gänzlich verschwunden; Nase und Nasenrachen sind enorm erweitert.

V. W. Schutter (Groningen). Ein Fall von einseitiger cerebraler Kehlkopflähmung.

Weitere Mittheilung über einen bereits 1899 in dieser Gesellschaft demonstrirten und später im Archiv f. Lar. publicirten Fall von linksseitiger Hemiplegie des Kehlkopfes und linksseitiger Hemihypästhesie des Kehlkopfes, des Gaumens, des Unterbeines und des Unterschenkels. Keine Entartungsreaction am gelähmten Stimmbande. Unwillkürliche Bewegungen sind an demselben nachweisbar. Der Zustand ist immer unverändert geblieben.

S. erinnert an die Katzenstein'schen Untersuchungen (Archiv f. Laryng., Bd. XX.), nach welchen bei unipolärer Reizung des Krause'schen Kehlkopfcentrums Adduction des contralateralen Stimmbandes unter Umständen auszulösen ist.

In der Discussion stimmt Burger zu, dass die Katzenstein'schen Versuchsergebnisse in der That eine einseitige corticale Stimmbandlähmung etwas weniger unwahrscheinlich machen, wenn auch dafür eine symmetrische, ganz umschriebene Läsion in beiden Centren angenommen werden muss. Im Schutter'schen Fall plädirt die erhaltene automatische Beweglichkeit für die Auffassung einer corticalen (hysterischen) Lähmung.

VI. C. H. Stratz (Haag). Die Nase in ästhetischer und anthropologischer Beziehung.

Uebersichtsartikel. Die Nase des erwachsenen Menschen hat in ihrer vollendetsten Form den leptorhinen Typus, und zwar der Art, dass dieselbe heraufsteigt vom concaven zum graden und weiter zum convexen Typus. Bei den höchststehenden weissen Rassen ist das Verhältniss zwischen Nasenlänge und Breite,

nach Topinard wie 5 : 3. Als Durchschnittszahlen für normale Nasen stellte S. bei 20 Männern und 20 Frauen folgende Maasse fest: Länge 5,8 und 5 cm, Nasenrücken 6 und 5,5 cm, Breite 3,2 und 3 cm, Höhe 2,5 und 2,4 cm. Hieraus geht hervor: Länge : Höhe = (5 : 2,5 =) 2 : 1; Länge : Breite = 5 : 3.

Langer und Hovorka meinen, dass in der Griechischen Kunst der Natur Gewalt angethan wurde, indem sie Verhältnisse, welche in Wirklichkeit nicht existiren (Hyperfrons), abbildete. S. pflichtet dem bei, giebt indessen nicht zu, dass damit die Künstler Fehler begangen hätten. Es war nicht ihr Zweck der Natur nachzuahmen, sondern einen Eindruck zu erwecken, welcher denjenigen der Natur so als nahe möglich erreichte. Bei der Beurtheilung des Zeusbildes von Otricoli (Phidias) soll man der erheblichen Höhe, auf der das Bild aufgestellt werden sollte, Rechnung tragen.

VII. P. Th. L. Kan (Leiden). A. Ein Fall von pneumatischer Erweiterung der linken Stirnhöhle.

Exophthalmus bei einem 50jährigen Mann in Folge einer knochenharten Vorwölbung am inneren oberen Winkel der Augenhöhle. Diagnose: Periostitis ossificans des Orbitaldaches oder Osteom der Stirnhöhle. Bei der Operation zeigte sich, dass der Boden der Stirnhöhle nicht verdickt, sondern bloss nach unten verlagert war; die Wandungen der Höhle waren normal. Bei jeder Ausathmung wurde die Luft mit Kraft in die Höhe hineingepresst, und zischte durch das in der Höhle versammelte Blut hindurch. Der Ductus nasofrontalis war auffallend nach hinten gerichtet. Durch Abtragung der vorderen und unteren Wand wurde die Höhle eliminirt; schnelle Heilung. K. betrachtet die Ausathmung als die Vis a tergo vielleicht unter Mitwirkung eines Schleimhautventils.

B. Ein Fall von subchronischer Osteomyelitis des Oberkiefers mit Sequestration der hinteren Kieferhöhlenwand.

Bei der 20jähr. Patientin entwickelte sich im Anschluss an Zahnschmerzen und ungeachtet einer Zahnextraction eine Schwellung der linken Gesichtshälfte. Bei Operation zeigte sich die äussere Kieferhöhlenwand grösstentheils verschwunden, sämmtliche übrige Knochenwandungen, mit Ausnahme der nasalen Wand waren schwammartig weich; die hintere Wand war beweglich, aber nicht gänzlich losgelöst. Verf. verzichtete auf eine gewaltsame Entfernung und zog es vor, die Sequestrirung abzuwarten.

In der Discussion wurde die Vermuthung ausgesprochen, dass Lues im Spiele sei.

X. J. C. Henkes (Middelburg). Ueber Form und Entwickelung des Nasenrachenraumes.

H. hat im Amsterdamer anatomischen Cabinet an 130 Schädeln, deren Alter bekannt war, genaue Messungen angestellt. Es handelte sich um die Schädel von 50 Erwachsenen, 65 Kindern, 9 Neugeborenen und 6 Gorillas. Aus den von ihm gewonnenen 1500 Zahlen geht hervor, dass das stärkste Wachsthum bis zum 7. Jahre stattfindet. In diesem Alter ist bereits 90 pCt. der endgültigen Grösse erreicht. Der Fornix wächst in der Längsrichtung nicht (ist bei Erwachsenen, wie

bei Neugeborenen 1,6 cm). Dagegen nehmen die Breite des Clivus und namentlich die Höhe der Choanen erheblich zu und ändern wesentlich die Form der Höhle. Die Höhe der Choane beträgt bei Neugeborenen nur 7 mm, bei Erwachsenen nahezu 2,5 cm; die Breite resp. 1,3 und 2,8. Die untere Keilbeinfläche und der Pars basilaris des Hinterhauptbeins bilden mit dem harten Gaumen einen Winkel von 40—45° beim Erwachsenen, von 25° beim Neugeborenen, von 15° beim Gorilla. Das Hinterhauptloch bildet mit der Horizontalen einen Winkel von 170° beim Erwachsenen, von 180° beim Neugeborenen, von 200° beim Gorilla. Hieraus geht hervor, dass dieses Loch beim Erwachsenen nach unten und ein wenig nach vorne, beim Neugeborenen nach hinten blickt. Hiermit steht die verschiedene Form des Nasenrachens in enger Beziehung. Je mehr das Hinterhauptloch nach hinten verlagert ist, um so mehr weicht die Richtung der hinteren Nasenrachenwand von der Verticalen ab, um so weniger ähnelt der Nasenrachenraum einer eigentlichen Höhle. Beim Hunde und bei der Katze ist das Loch gänzlich nach hinten verlagert, die Halswirbelsäule läuft nahezu horinzontal, dem harten Gaumen parallel, und es giebt keinen Nasenrachenraum.

Zwei Factoren bedingen beim Menschen die Bildung des Nasenrachenraumes: das starke Höhenwachsthum der Choanen und die Verlagerung des Hinterhauptlochs nach unten. H. Burger.

---

c) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 25. September 1908.

Warnekros stellt eine Patientin mit einer doppelseitigen Luxation des Unterkiefers vor, die ein Oeffnen des Mundes noch nicht bis zu 1 cm gestattet; sie ist wahrscheinlich intra partum durch den Forceps entstanden. Nach Durchmeisselung des Unterkiefers wurde er durch einen Retentionsapparat in seine richtige Stellung zum Oberkiefer gebracht, der ihn durch eine schiefe Ebene in dieser Stellung auch beim Oeffnen und Schliessen des Mundes festhielt. Der Apparat hatte ausserdem eine Vorrichtung zur Fixirung der beiden Fragmente.

Warnekros: Ueber Obturatoren.

W. verwendet bei Säuglingen mit Spaltbildungen des Mundes und Rachens sehr einfache Gummiobturatoren, die eine ungestörte Nahrungsaufnahme gestatten.

Bei operirten und nicht operirten Patienten im späteren Lebensalter erfordert die Anfertigung der Obturatoren eine genaue Berücksichtigung des M. constrictor pharyngis sup.; man soll seine Hervorwölbung an der hinteren Rachenwand und seine Wirkung auf die seitliche Muskulatur ausnutzen; er nähert nämlich in diesen pathologischen Fällen infolge seines bogigen, die übrige Pharynxmuskulatur umgreifenden Verlaufes gleichzeitig die freien Spaltränder.

W. stellt zwei Patientinnen mit operirter und nicht operirter Spaltbildung vor, an denen die vortreffliche Wirkung auf die Sprache demonstrirt wird.

Sitzung vom 16. October 1908.

Schötz: Demonstration seltener Nasengeschwülste bei Kindern.

1. 5jähriger Knabe mit rechtsseitiger Auftreibung des Nasenrückens und

Verschiebung des Bulbus in Folge eines Osteosarkoms des Siebbeins. Bei der Radicaloperation fand man einen hühnereigrossen Tumor, der in einer harten, dicken Knochenschale ein weiches blutreiches Gewebe enthielt und die Lamina cribrosa durchbrochen hatte. Bisher — nach 1 Jahr — Heilung.

2. Dasselbe Bild wie im Fall 1, nur, dass dort Gehirnerscheinungen (Kopfschmerz, Schlafsucht) vorhanden waren, hier nicht. Die rechte Nasenseite des $2^3/_4$ Jahre alten Pat. ausgefüllt durch einen von oben kommenden rothen Tumor. Probeexcision; auf dem Durchschnitt zeigt die Geschwulst ein markig-weissliches Aussehen. Bei einem abermaligen Eingriff Entleerung eines erheblichen Quantums einer klaren hellgelben Flüssigkeit aus der Nase. Darauf mehrere Tage Rhinorrhoe. Die entleerte Flüssigkeit reagirte alkalisch, hatte 0,8 pM. Eiweissgehalt, enthielt keinen Zucker. Die mikroskopische Untersuchung der exstirpirten Portionen zeigte zweifellose Ganglienzellen. Nach kurzem relativen Wohlbefinden wurde das Kind von Tag zu Tag schlaffer, stiller; 3 Wochen p. o. Erbrechen, Fieber und vollständiges Sistiren des Nasenausflusses, Krämpfe, Somnolenz, Nackenstarre, Exitus. Die Section ergab: eitrige Meningitis, endonasale Encephalocele, im Ausstrich Streptokokken.

Grabower: Stauungsbinde für den Hals, die ihm in mehreren Fällen von Kehlkopftuberculose mit starken Schluckschmerzen recht gute Dienste geleistet hat. Hat der Pat. die Binde 10—12 Tage getragen, so sieht man auch eine wesentliche Abnahme der Schwellung der Kehlkopfschleimhaut.

Davidsohn hat in einem Falle einen guten, in einem anderen gar keinen Erfolg von der Binde gesehen.

Hirschfeld: Fall von localer ulceröser Schleimhauttuberculose der Nase.

Narben am Nasenflügel. Vom inneren Nasenwinkel auf die Innenseite des Nasenflügels sich erstreckend ein Ulcus mit wulstartigem Rande.

Richter: Nasenverengerung und Gebiss.

Nach einer genauen Besprechung der Entwickelung des menschlichen Oberkiefers und seiner statischen Verhältnisse kommt R. zu der Behauptung, dass bei allen Bissarten, deren er 7 unterscheidet, sich das Bestehen chronischer Nasenstenose mit Mundathmung während der zweiten Dentition beobachten lässt. Die dauernde Mundathmung ist nicht ohne Einfluss auf das Gebiss. Andererseits hat ein mangelhaftes Gebiss eine mangelhafte Entwickelung des Alveolarbogens nach Breite und Höhe zur Folge; die Gaumenplatte bleibt dann schmal und der Nasenboden eng.

Die meisten Bissdeformitäten lassen sich durch combinirte Wirkung von Mundathmung mit vorzeitigen Zahnverlusten erklären. (Die Discussion wird vertagt.)

A. Rosenberg.



d) Oto-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 23. Januar 1908.

Vorsitzender: Malmsten.

Arnoldson demonstrirte einen Fall von operirtem Papilloma laryngis und einen von Kehlkopftuberculose, der mit grossem Erfolg curettirt war, und berichtete über 2 Fälle von Cancer laryngis; von diesen war einer glücklich operirt, der zweite erlag einer Pneumonie.

Malmsten: Vortrag über Larynxanomalien.

Sitzung vom 27. Februar 1908.

Vorsitzender: Stangenberg.

G. Holmgren zeigte einen Fall von einseitigem Stimmbandfibrom

Stangenberg demonstrirte einen Mann, der an Cancer antri Highmori litt, und berichtete über einen zweiten Fall; im Anschluss an die Discussion, an der mehrere Mitglieder theilnahmen, sprachen ausserdem Stangenberg und Weinberg über je einen Fall dieser Krankheit.

Stangenberg zeigte einen Fall von Laryngitis acuta.

Lindström berichtete über und demonstrirte einen Fall von katarrhalischem Geschwür im Larynx.

Sitzung vom 26. März 1908.

Vorsitzender: Lagerlöf.

Flodqvist berichtete über und zeigte einen Fall von Empyema antri Highmori in einer doppelten Kieferhöhle.

Stangenberg zeigte den Oberkiefer von dem in der vorigen Sitzung demonstrirten Mann, der jetzt (wegen Cancer) operirt war.

Stangenberg berichtete über einen Fall von Ethmoidalcancer bei einem 71jährigen Mann; die Augenbefunde bei ihm wurden von Uddgren näher besprochen.

G. Holmgren zeigte ein mikroskopisches Präparat von einem Fall von Cancer laryngis.

G. Holmgren sprach über die directe Laryngoskopie und deren Bedeutung nach erschwertem Decanulement nach Croup und Pseudocroup bei Kindern.

Uddgren berichtete über Onodi's Arbeit: Der Sehnerv und die Nebenhöhlen der Nase.

Sitzung vom 7. Mai 1908.

Vorsitzender: Ek.

Flodquist zeigte einen Fall von Cancer laryngis bei einem 66jährigen Mann und ein mikroskopisches Präparat von Stimmbandpolyp.

Arnoldsen stellte einen 60jährigen Mann vor, der seit 6 Monaten wegen Kehlkopfkrebs durch halbseitige Larynxexstirpation operirt war.

Lagerlöf berichtete über den I. internationalen Congress für Laryngologie in Wien am 21. bis 25. April d. J.

Sitzung vom 24. September 1908.

Vorsitzender: Stangenberg.

Zum Schriftführer für das kommende Jahr wurde G. Holmgren gewählt.

Flodqvist referirte uber einen Fall von Rhinolith bei einer 70jährigen Frau, dessen Kern ein Kirschkern war.

Sitzung vom 24. October 1908.

Vorsitzender: Lagerlöf.

Samuelsson zeigte 2 Fälle von Retronasalfibrom, mit gutem Erfolg mit Elektrolyse behandelt, und berichtete über einen dritten Fall.

Samuelsson und Fineman stellten Fälle von Larynxtuberculose vor, die mit Curettement und Galvanokaustik mit sehr gutem Erfolge behandelt wurden.

Tillman und Fineman sprachen über die Behandlung der Kehlkopftuberculose, jener mit Sonnenlicht, dieser mit Galvanokaustik.

Da Arnoldson durch Krankheit verhindert war, der Sitzung beizuwohnen, wurde sein Vortrag über die chirurgische Behandlung der Larynxtuberculose von Samuelsson vorgelesen.

Waller sprach über seine Erfahrungen mit Oesophago-, Tracheo- und Bronchoskopie.

Stangenberg.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Unser treuer Mitarbeiter, Prof. O. Seifert, ist zum a. o. Professor der Laryngologie in Würzburg ernannt worden.

Dr. L. Harmer (Wien) ist zum ausserordentlichen Professor der Laryngologie an der deutschen Universität in Prag ernannt worden.

Der Herausgeber des Centralblatts ist zum Ehrenmitglied der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden ernannt worden.

Namen-Register.*)

A.

B.

*) Die fett gedruckten Zahlen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, die dünn gedruckten auf Citate, Discussionen etc.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

S.

Y.

Z.

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I. J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

R.

S.

T.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Jahrgang XXIV. December 1908. No. 12.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Brindel** (Bordeaux), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **Oppikofer** (Basel), **Parmentier** (Brüssel), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON
London.

Monatlich erscheint eine Nummer, am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXIV. Jahrgangs (Januar—December 1908) **15 Mark.**

Berlin, 1908.
Verlag von August Hirschwald.
NW. Unter den Linden 68.



Inhalt.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

